OPERE CHIRURGICHE

OSSIA

ESPOSIZIONE DELLA DOTTRINA

E DELLA PRATICA

DI P. G. DESAULT

Chirurgo in Capo del Grande Spedale d' Umanità di Parigi.

OPERA

DI. SAV. BICHAT

Suo Allievo, e Medico Aggiunto del Medesimo Spedale

PRIMA TRADUZIONE ITALIANA

FATTA DA UN PROFESSORE FIORENTINO

Sulla nuova Edizione del 1801.

Vol. VI. P. Prima

Malattie delle Parti Molli.

FIRENZE MDCCCII.

PRESSO GUGLIELMO PIATTI CON APPROVAZIONE.

TAVOLA DELLE DIVISIONI

Contenute nella Parte Prima di questo Volume.

OPERE CHIRURGICHE

MALATTIE DELLE PARTI MOLLI

SEZIONE QUARTA

MALATTIE DEL BASSO VENTRE

Memoria sull' Ernia umbilicale de' Fanciulli

§. I. *Riflessioni generali.*

1. Il creare dei nuovi mezzi operativi è spesse volte aggiungere più alla sua gloria, cha ai progressi della chirurgia; risuscitarne degli antichi, al contrario, è fare poco per se, e molto per l'arte. Troppo spesso una maniera d' operare non à altro difetto agli occhi d' un celebre pratico fuorchè quello d' essere stato impiegato da un' altro. Da ciò quel gran numero di scoperte, che nella

nostra arte nascono, e muojono ogni giorno: quella specie di moda chirurgica, che dominando sopra tutti i nostri mezzi curativi, sacrifica quasi indifferentemente alla novità come i cattivi anche i buoni: da ciò quella folla di metodi operativi, che languiscono nell'ingiusto oblìo dei pratici. In tal maniera restavano condannati all'abbandono l'estensione continua nelle fratture, la legatura nell'ernie umbilicali; il gorgeret di Marchetti nella fistola dell'ano, quando Desault venne a sottrarnele. Io già ò fatto conoscere la di lui dottrina sul primo punto, passò ad esporla sul secondo.

2. L'umbilico, specie di cicatrice formata alla caduta del cordone umbilicale, per mezzo del restringimento delle parti alle quali era contiguo, non giunge, che a poco a poco al grado di solidità, che noi gli osserviamo nell'adulto. Essendo egli per lungo tempo più debole del resto delle pareti dell'addome, non oppone alle viscere di questa cavità, che una minor resistenza; ma questa resistenza cresce coll'età, ed allora essendo provveduto d'una forza superiore a quella delle parti vicine, forma una barriera più impenetrabile alle viscere, tendenti a sortire a traverso di loro.

3. Da questi fatti anatomici derivano le seguenti conseguenze patologiche confermate

dalla sperienza: 1. che l'infanzia piucchè le altre età è soggetta all'ernie umbilicali propriamente dette, e nelle quali le parti scappano per l'umbilico: 2. che le altre età sono esposte più della infanzia all'ernie umbilicali false, o a quelle; che nascono alle vicinanze del foro umbilicale.

4. La prima specie di ernia, quella dei fanciulli fisserà solo la nostra attenzione, perchè, come vedremo, ad essa sola conviene e la cura radicale, ed il mezzo di ottenerla colla legatura.

§. II. *Delle cause, e differenze dell' ernie umbilicali dei fanciulli.*

5. L'ernia umbilicale, formata qualche volta nel feto da una causa, che sarebbe difficile determinare, si manifesta altre volte all' istante medesimo del parto, ed allora compresa essa per inavvertenza, come osserva Sabatier, nella legatura del cordone, causerebbe la morte dell'individuo; ma per lo più non si vede comparire, che al secondo, terzo, o quarto mese, e la folla delle osservazioni raccolte da Desault, prova, che di dieci individui infetti da questa malattia, nove ne sono infetti a questa epoca.

6. L'umbilico, dilatato ancora, comincia allora a concentrarsi a poco a poco su di se

stesso per chiudere la cicatrice, che noi abbiamo detto (2), che offre nell'età adulta un ostacolo alle viscere del basso ventre; ostacolo benpresto sufficiente, quando niente si oppone alla sua formazione; ma i gridi ripetuti del fanciullo, imprimendo a queste viscere un movimento dal di dentro all'infuori, le portano verso l'apertura; la spingono innanzi ad essi, la distendono da principio fortemente in avanti, ed impediscono con ciò il suo ristringimento. La loro azione continuata dilatandola a poco a poco, vi s'introducono gl'intestini, accrescono la sua dilatazione naturale, la superano spingendo innanzi ad essi il peritoneo, ed allora nasce un tumore, da principio poco sensibile, più considerabile in seguito, che alla fine acquista un volume d'un uovo, o d'una grossa noce, e si presenta con tutti i segni caratteristici dell' ernie.

7. La presenza dell'intestino, e dell'epiploo in questo tumore, mantiene l'umbilico aperto, si oppone alla tendenza continua, che esso à a ristringersi, tendenza nulladimeno, che superiore qualche volta alla resistenza delle parti scappate, le forza a rientrare nel basso ventre, obblitera l'apertura, che gli à dato il passaggio, la chiude, la consolida, e quindi nascono le guarigioni spontanee dell' ernie umbilicali dei fanciulli.

Osservazioni I.

Maria Delcroix, dell'età di due anni fu portata a Desault, per consultarlo sopra un tumore della natura di quello di cui trattiamo. Essendo questo tumore nato alcuni mesi dopo il parto in seguito degli sforzi che il fanciullo avea fatti in un ostinato pianto ed essendo del volume d'una grossa noce, rientrava sotto la pressione del dito, e benpresto ritornava al minimo sforzo dei muscoli addominali. Sino allora niente era stato tentato. Desault propose la legatura, alla quale non volendo i parenti risolversi, ricondussero il loro bambino, abbandonando la cura della di lui guarigione alla natura. L'anno seguente lo stesso fanciullo fu riportato al consulto per una tigna, che soffriva. Esaminato allora l'umbilico, fu trovato senza tumore ernioso. Il dito portato sopra l'apertura, vi sentì un ristringimento, che si opponeva all'impulso delle parti. I parenti raccontarono, che avendo trascurato ogni applicazione esterna, il tumore era diminuito a poco a poco spontaneamente, e dopo alcuni mesi non ne aveano avvertita veruna traccia.

Osservazione II.

Giacomo Oison, di anni 5. portava dopo la sua nascita un'ernia umbilicale. Chiamato De-

sault presso di lui, propose ai parenti di guarirlo radicalmente per mezzo della legatura, secondo la maniera d'operare, che sarà descritta quì appresso. Essi vi acconsentirono, ma il giorno prima dell'operazione essendosi manifestati tutti i sintomi del vajuolo, fu rimessa ad altro tempo. La malattia non offrì niente di particolare, percorse i suoi periodi ordinarj, e quando il fanciullo fu perfettamente ristabilito, Desault consultato di nuovo per lui, esaminò l'umbilico; il tumore sussisteva tuttavia, però meno grosso, che nel tempo del primo esame. Osservò per altro, portando il suo dito nell'apertura, dopo aver fatto rientrare le parti, che essa erasi ristretta per metà. Colpito da questo fenomeno, concepì, che la natura sola potrebbe obbliterare quest'apertura, consigliò dunque di abbandonare il fanciullo senza fargli alcun rimedio. A capo di due mesi, l'apertura esaminata di nuovo, fu trovata più ristretta, ed il tumore meno voluminoso. Disparve infine dopo l'ottavo mese, epoca alla quale non sentivasi veruno impulso.

8. Ma le cose non sempre passano come nelle due osservazioni precedenti. La natura poco feconda in tali sorti di guarigioni spontanee, quando il tumore si abbandona a lei, non solo non ne procura la cura radicale, ma la rende a poco a poco impossibile. In effetti la tendenza dell'anello a ristringersi coll'età si cancella, ed

insensibilmente sparisce. Nell' adulto diviene nulla, ed allora non è più la presenza degl' intestini nell' apertura, che ne impedisce l' obbliterazione; è la disposizione stessa delle sue pareti; disposizione, che non permette più di sperare, che esse si ravvicineranno.

9. Dietro questi principj è facile d' intendere le differenze, che distinguono essenzialmente la natura dell' ernie umbilicali dei fanciulli da quella degli adulti, differenze tirate principalmente dalla tendenza, che à l' anello a ristringersi. Da ciò deriva nella prima età la facilità della guarigione radicale; negli adulti la quasi impossibilità di questa guarigione. Negli uni basta impedire la presenza degli intestini nell' apertura, che si cancella anche essa; negli altri essa sempre sussiste o si, o no attraversata da visceri. Da ciò ancora la falsità delle conseguenze tirate da certi autori dell' ernie umbilicali dei primi, per quelle dei secondi sotto il punto di vista della cura; da ciò finalmente la necessità di supplire di buon' ora in quelli per mezzo delle risorse dell' arte, all' insufficienza di quelle della natura. Celso non impiegava la legatura, che dai 7. a 14. anni.

§. III. *Dei differenti metodi di cura.*

10. Si ponno collocare sotto tre classi i mezzi impiegati per ottenere la guarigione degli

esonfali dei bambini. 1. L'applicazioni medicinali esteriori: 2. la compressione: 3. la legatura. Cosa dire del primo mezzo tanto raccomandato da certi autori? Basta riconoscere e il meccanismo dell'ernia, e la causa, che la mantiene, per sentirne l'insufficienza, ed anche il pericolo: poichè sino a tanto, che si esaurisce in mezzi inutili, le parti perdono la loro tendenza a ristringersi, e la cura diviene impossibile, quando s'impiegano i mezzi indicati per ottenerla. Limitiamoci dunque ad esaminare la compressione, e la legatura, che sono le sole maniere d'operare ragionelvolmente applicabili.

Paralello della legatura, e della compressione.

II. L'una dovuta agli antichi, si perde nella notte della storia medica; l'altra più moderna, le è succeduta nella pratica, e sembra da lungo tempo averne cancellata la memoria. La prima, praticata diversamente dai differenti autori, pare essere stata adottata dai Medici greci, presso i quali Celso l'avea senza dubbio promossa. Gli Arabi la presero in prestito da lui, ne fecero uso generalmente, ne ottennero dei successi distinti, e la trasmessero agli Arabisti nelle opere, de' quali andarono a copiarla gli scrittori, che dopo

il rinascimento delle lettere la descrissero, senza molto praticarla. Allora videsi cadere a poco a poco nell'oblìo, e quantunque felicemente eseguita nel secolo passato da Saviard, fu alla fine universalmente proscritta, e sotto il pretesto dei dolori, che occasiona, della incertezza, che porta seco, rilegata tra quei mille ed uno metodi operativi, che sono frutti effimeri, che l'immaginazione partorisce, ma che la sperienza rovescia.

12. A misura, che cadde la legatura si viddero rialzarsi i mezzi compressivi già impiegati da alcuni medici; le forme delle fasciature si moltiplicarono, ed i pratici, sedotti dalla dolcezza del modo d'operare, a causa di alcuni esempi di successi felicemente ottenuti sembrano in oggi allontanarsi per ogni dove dalla strada spianata dagli antichi, per venirsi a fissare in quella tracciata dai moderni. Percorriamo a vicenda queste due vie, e vediamo quella, che conduce alla guarigione più sicuramente dell'altra.

13. La legatura, e la compressione ànno uno scopo comune: impedire il soggiorno dei visceri usciti dall'apertura umbilicale, e favorire con ciò il ravvicinamento delle sue pareti. La prima per giungere a questo scopo, recide il sacco ernioso, e la pelle, che esso à spinto innanzi di se, procura colla riunione delle parti tagliate una cicatrice, che si

oppone all' uscita delle viscere, mentreche le pareti dell' apertura obbedendo da un lato alla loro tendenza naturale, sollecitate dall' altro dall' irritazione, che ànno provato, si ristringono, si ravvicinano, si uniscono, obbliterano l' anello, e rimpiazzano in tal modo la cicatrice, che non è più, che un mezzo accessorio per impedire dei nuovi dislogamenti. La seconda rimpiazza con un corpo applicato all' esteriore la porzione delle pareti dell' addome, che manca nell' apertura, tenta di prevenire con ciò l' uscita degl' intestini, e d' impedire, che essi non si oppongano al ristringimento dell' apertura: d' onde si vede, che la maniera d' operare di ciascuna, è fondata su d' una base differente. La ragione, e la sperienza provano, che i risultati differiscono similmente.

14. Non è attribuito alla compressione verun dolore; ma un incomodo fastidioso pel fanciullo l' accompagna nel lungo spazio di tempo, che necessita il suo uso. La legatura è momentaneamente dolorosa, ma non ne segue veruno incomodo; essa fa in pochi giorni quelche la compressione non opera, quando riesce, che in molti mesi. L' uno obbliga a delle attenzioni continue: si dimentica egli d' impiegarla una volta? L' effetto, che se n' era ottenuto diviene quasi nullo: l' altra indipendente dalle grida del bambino, dalle

cure di quelli, che lo circondano, ottiene sempre sicuramente il suo fine. La prima comprimendo incessantemente le pareti dell' apertura, distrugge la sua elasticità, si oppone, sotto questo punto di vista, al suo ristringimento. La seconda aggiungendo una irritazione artificiale all'elaterio naturale dell' umbilico, affretta, e precipita il ristringimento. Si à egli ricorso alla compressione? Essa si esercita o per mezzo della placca d'un brachiere applicata sopra l'apertura, ma che non vi penetra, o per mezzo d'un corpo rotondo, ed ovale, come una palla di cera, una noce moscada ec., adattato alla forma di quest'apertura, e che dee esservi ricevuto incessantemente, come raccomandano Platner, e Richter nel suo trattato sopra l'ernie. Ma nel primo caso, se la fasciatura è applicata esattamente, la pelle, ed il sacco, ricalcati nell' umbilico, impediscono il suo obbliteramento, e fanno dal di fuori all'indentro, quelche gl'intestini usciti operavano dal di dentro all'infuori. Nel secondo caso, il corpo infossato, e mantenuto nell'apertura, porta seco i medesimi inconvenienti, che che ne dica Richter, ed à in una maniera più sensibile i medesimi risultati. Al contrario si adopra egli la legatura? Il sacco e la pelle, che lo ricuoprono sono portati via; l'apertura resta libera; niente impedisce la sua obbliterazione. In

questa le porzioni dell'epiploo, quando essa è applicata; non possono uscir di nuovo all' infuori: nell' altra il mezzo compressivo è egli inesatto? Le parti passano al di sopra, o al di sotto, e la malattia sussiste a lato del rimedio divenuto inutile. Tutte due procurano il ristringimento dell' umbilico, supponendo, che la compressione abbia dei successi; ma questa si limita a procurare il ristringimento, quella vi aggiunge l'agglutinamento dei bordi dell'apertura, o sia tra di loro, o sia colle parti vicine, agglutinamento, che risulta dall' infiammazione di queste parti, e d'onde nasce un grado di solidità, che si cercherebbe in vano in seguito d'un altro metodo curativo.

15. Uniamo a questo paralello, che detta la ragione, quello che traccia la sperienza. Da un lato noi vedremo la compressione non contare i suoi successi, che in mezzo dei suoi rovesci; i fanciulli, nei quali si adopra soffrire per degli anni le loro noje, ed i loro incomodi; dall' altro, la legatura impiegata all' Hotel-Dieu, ci offrirà una serie non interrotta di cure bene avverate, e che nelle osservazioni di Desault montano a più di cinquanta. Negli ultimi anni della sua pratica, noi vedevamo ogni settimana venire alla di lui pubblica consulta molte persone portando i loro figli, ai quali facea l'operazione

subito, e senza apparecchi, quali esse in seguito riportavano via, per ritornare il giorno appresso, e tutti i giorni seguenti a fargli medicare sino alla perfetta guarigione.

16. Aggiungiamo a queste considerazioni degli altri motivi, che non sono forse indifferenti. Alcuni giorni passati in uno spedale, bastano alle genti povere, per assicurare, col mezzo della legatùra, la guarigione dei lòro bambini. Ma colla compressione sono essi tenuti a delle spese spesso ripetute, perchè la fasciatura si marcisce, e si logora, e a delle attenzioni, che la perdita di tempo rende loro gravose.

17. Concludiamo da questo ravvicinamento tralla legatura, e la compressione, che per la scelta del mezzo la medicina antica avea fatto dei progressi quali i moderni non àn trasandato, che retrogradando; che la prima maniera d' operare à sempre sulla seconda un vantaggio distinto, e che merita la preferenza agli occhi di chi sa apprezzarlo.

§. IV. *Delle diverse maniere di fare la legatura.*

18. La maniera di procedere nella legatura à variato presso gli antichi; ma si possono rapportare a due metodi operativi differenti quelli, che ci sono stati trasmessi. L'

uno consisteva a ridurre le parti, ed a legare in seguito gl'integumenti, ed il sacco, senza aprir questo. Nell'altro, veniva inciso avanti, o dopo la legatura, per assicurarsi, che nessuna porzione intestinale potesse essere, o no strangolata dal filo di refe. Celso avea adottato il primo mezzo; Paolo d'Egina si dichiarò pel secondo, ed ebbe per imitatori tutta la classe dei Medici arabi, e degli Arabisti copisti di loro. Avicenna, Albucasis, Guido de Chauliac ce ne danno la prova nelle opere loro.

19. La sperienza decide facilmente sulla scelta di questi due metodi d'operare. L'uno men doloroso, è sempre ugualmente sicuro; perchè la minima assuefazione basta, facendo scendere una sopra l'altra le pareti opposte del sacco, per sentire la presenza d'un intestino, che vi si trovasse ancora. L'altro, essendo inutilmente crudele, accresce i dolori, senza niente aggiungere alla certezza del modo operativo. In tal modo si è generalmente adottato questo, e Pareo, che l'à descritto, non parla neppure del primo. Ma in questo vi sono delle nuove variazioni nella maniera d'operare: gli uni legando semplicemente la base del tumore, altri attraversando questa base con uno, o due aghi armati di refe destinati a meglio fermare la legatura, e facendovi ancora con questa mira, delle

incisioni circolari dove erano collocati i fili di refe. E' nella medicina Araba sopra tutto, che trovasi questo modo di procedere crudele, e superfluo, poichè la legatura esattamente, applicata, non vedesi mai venir meno. Pareo lo descrive ancora; ma Saviard, il solo medico moderno, che abbia praticata l'operazione, di cui trattiamo, se ne allontanò, seguendo il precetto dato da Celso lungo tempo prima. Sabatier pare, che consigli indifferentemente l'uno, o l'altro, nella sua dotta opera sulle operazioni, eccetiuate però le incisioni circolari. La maniera d'operare di Desault, conforme presso a poco a quella di Saviard, era semplice, e poco dolorosa: ecco in che consisteva.

I. Il fanciullo sul quale si pratica l'operazione, dee essere coricato sul dorso; le cosce un poco piegate; la testa inclinata un poco sul petto.

II. Il chirurgo riduce le parti sortitte per l'apertura, e formanti il tumore, le contiene col dito, solleva le pareti del sacco erniario, le fa scorrere tralle sue dita, per assicurarsi, che nessuna parte rimane nel sacco.

III. Essendo certo, che le parti, che solleva, non sono altre, che la pelle, ed il sacco, incarica un ajuto di fare attorno alla loro base molti giri circolari con un filo di refe di lino cerato, d'una mediocre grossezza,

fissato ad ogni giro con un doppio nodo, e serrato in modo da non occasionare, che un dolore poco considerabile.

IV. Il tumore in tal modo legato viene inviluppato con un cuscinetto di fila, sostenuto da una, o due pezze assoggettate da giri circolari, che sono fissati anche da uno scapolare.

20. Si manifesta comunemente un leggero gonfiore il giorno appresso sopra le parti strangolate; in tal modo vedesi gonfiare un polipo, la di cui base è stata legata. Nessun dolore accompagna questa tumefazione, che spesso è appena sensibile, come si vede nella prima delle osservazioni raccolte, su quest'operazione, nel giornale di Chirurgia. Il posdomani, o il terzo giorno, le pareti si abbassano, ed allora la legatura si rallenta, se ne mette una nuova nella stessa maniera della prima, e colla precauzione di stringerla un poco più. La sensibilità delle parti si accresce per l'infiammazione, che già vi à prodotta la costrizione del filo di refe, e rende ordinariamente più dolorosa questa seconda legatura: la medicatura la stessa, che impiegasi per l'operazione. Benpresto si vede il tumore divenire scolorito, molle, ed avvizzirsi: una terza legatura, applicata come l'altre, vi intercetta intieramente la circolazione. Esso diviene nero, si dissecca; e cade ordinaria-

mente all'ottavo, o decimo giorno. Ne resulta una piccola ulcera; medicata metodicamente con delle fila asciutte, si guarisce poco tempo dopo, e lascia l'umbilico assai resistente, perchè la tosse, ed i sforzi impressi ai muscoli addominali, non vi determinino alcuno impulso.

21. Nei due, o tre primi mesi, che seguono l'operazione, è cosa utile il far portare al fanciullo una fasciatura circolare, affine d'impedire più efficacemente, che i visceri, spinti contro la cicatrice, non isconcertino il lavoro della natura, occupata in questo tempo a ristringere a poco a poco l'apertura umbilicale.

22. Potrei accumulare in questo luogo una folla d'osservazioni, nelle quali la sperienza confermerebbe la pratica, che ò stabilita; ma molte sono state già raccolte nel giornale di Chirurgia. Aggiungervene dell'altre sarebbe allungare questa memoria inutilmente. Basterà sapere, che dopoche sono state pubblicate, Desault à praticata una folla d'operazioni di questa specie con un eguale successo; che ogni settimana, molti fanciulli erano portati dalle loro madri all'anfiteatro, dove egli dava pubblicamente le sue lezioni; che quivi la legatura era fatta sotto gli occhi di tutti i di lui allievi; che il fanciullo, riportato in casa dei suoi genitori, era in seguito riportato tutti i giorni seguenti alla medicatura, sino alla di lui completa guarigione.

23. Ma si può dubitare, dice Sabatier, citando l'articolo del giornale, dove Desault tratta di tali malattie, che questi fanciulli non sieno stati liberati dalla loro ernia, che può essere ritornata qualche tempo dopo. Una folla di fatti rischiarano questo dubbio. Molti ricondotti alla consulta pubblica di Desault per delle differenti malattie, lungo tempo dopo la loro operazione, vi sono stati esaminati dai numerosi allievi, che vi assistevano, e che ànno tutti riconosciuta la completa obbliterazione dell'anello, ed il difetto d'impulso dei visceri dell'addome, nell'azione di tossire, di stranutire ec. Esistono altri fanciulli, conosciuti dalla maggior parte dei Chirùrghi dell' Hôtel-Dieu, guariti perfettamente della loro ernia umbilicale, per mezzo dell'operazione, che Desault à risuscitata. Due persone giovani, conosciute da me, alle quali è stata fatta l'operazione da quattro anni, sono perfettamente ristabilite, e non provano veruno risentimento del loro tumore.

24. Il successo di questa operazione quasi certo nei fanciulli di tenera età, sembra divenire meno sicuro a misura, che si allontana dall'infanzia. Le seguenti osservazioni serviranno, non già a provarlo (perchè può egli stabilirsi un principio generale sopra sì pochi fatti?) ma a farlo sospettare.

Osservazione III.

Maria Riget, di mesi diciotto, fu portata alla lezione clinica di Desault, per esserle fatta l'operazione d'un'ernia umbilicale, per mezzo della legatura, che fu praticata nella maniera ordinaria: il settimo giorno il tumore cadde; il diciassettesimo giorno, l'ulcera era cicatrizzata. Questa fanciulla riportata sei mesi dopo all'anfiteatro, fu veduta da tutti gli allievi senza alcuna traccia della sua malattia.

Osservazione IV.

Giovanni Niclos, di anni quattro fu sottoposto all'operazione nella stessa maniera; la caduta del tumore seguì l'ottavo giorno; l'ulcera guarì il ventesimo giorno, ricondotto alla consulta due mesi dopo, malgrado la precauzione, che esso aveva, di portare una fasciatura, sentivasi l'impulso dei visceri contro l'apertura, che non era ancora chiusa intieramente. Essa però lo fu intieramente il sesto mese, epoca alla quale Desault ebbe occasione di rivederlo.

Osservazione V.

Giovanna d'Arcet, di anni nove, fu condotta di provincia per un'ernia umbilicale di

nascita. Chiamato presso di lei Desault, propose l'operazione, che non avea mai praticata ancora ad una età sì avanzata: essa fu fatta con successo; la cicatrice si formò prontamente: ma due mesi dopo i genitori avvisarono Desault, che il tumore compariva di nuovo; egli consigliò l'applicazione d'una fasciatura, la quale non impedì, sei mesi dopo, che l'ernia umbilicale non fosse così voluminosa come prima.

25. Quest' ultima osservazione pare contraria a quella di Celso, il quale faceva l'operazione, o vedeva farla ai fanciulli sino a quattordici anni. Essa è una conseguenza del principio quì avanti stabilito, che la tendenza dell'anello a chiudersi, si perde a misura, che si avanza in età. Desault erasi assicurato di questa verità, della quale sembrava dubitare, quando nel suo giornale disse, che forse essa la legatura) riuscirebbe negli adulti.

Si vede nei tre fatti precedenti, che la riuscita segue esattamente la proporzione dell'età; essere completa a diciotto mesi, difficile ad ottenersi a quattr'anni, impossibile a nove. Molti altri esempi d'operazioni praticate troppo tardi, ànno offerto i medesimi resultati.

OSSERVAZIONI, E RIFLESSIONI

Sulla cura dell' ernie incarcerate.

Articolo Primo

Dei mezzi da impiegarsi avanti l' operazione.

1. L'Operazione dell' ernia, come tutte l'altre, è una risorsa estrema, nella quale l'arte di aspettare dee precedere quella di agire, e che non bisogna abbracciare, che quando sono stati esauriti tutt' i mezzi di evitarla. Questi mezzi sono numerosi per l'uomo, che vuol conoscere tutto ciò, che si è scritto sopra ciascun punto di chirurgia. Per il pratico giudizioso riduconsi ad un piccolo numero. Tra quelli si osserva sopratutto il taxis consacrato dalla pratica di tutte l'età, dall' abitudine di tutte le genti dell' arte. Un ammalato è egli attaccato da un' ernia incarcerata? La prima cura è di fare dei tentativi di riduzione, di tentar di forzar l'ostacolo, che si oppone alla rientrata dell' intestino; di esercitare sul tumore delle pressioni in diversi sensi. Gli altri mezzi non sono impiegati, che consecutivamente. Esaminia-

mo questa pratica alla luce della sperienza, e della ragione. L'incarceramento dell'ernie è di due sorte, per strangolamento, e per infiammazione. Il taxis dee essere considerato differentemente, secondo ciascuna specie.

§. I. *Del taxis, e dei suoi inconvenienti nello incarceramento per infiammazione.*

2. Dee egli tentarsi il taxis nell'ernie incarcerate con infiammazione? Desault non à voluto rispondere a questa domanda, che indirettamente, nel suo giornale di chirurgia, riunendovi molti casi, in cui è stata ottenuta la guarigione senza sforzo di riduzione alcuno, e col semplice uso dei mezzi rilassanti. Non era questo ancora, come egli osserva, il momento di urtare di fronte un pregiudizio ricevuto quasi generalmente. Ma oggi, che dei fatti sufficienti appoggiano la di lui dottrina, si può presentarla apertamente, e come egli l'à per lungo tempo insegnata.

3. Il taxis nell'ernie incarcerate per infiammazione, può considerarsi a due periodi; 1. nei primi momenti dell'incarceramento; 2. dopo l'impiego più, o meno continuato degli altri mezzi. Bisogna egli tentarlo nel primo periodo, e fare come il volgo della gente dell'arte, la di cui prima cura arrivando presso tali ammalati, è di tentare la riduzio-

ne? Astenetevi sempre da questa pratica; perchè, o l'incarceramento è poco considerabile, o offre molta resistenza; nel primo caso, i bagni, la situazione, le applicazioni emollienti, basteranno sempre per far rientrare l'intestino mediante il rilassamento, che ne sarà l'effetto. Senza dubbio in alcuni casi si otterrebbe dal taxis un risultato più pronto; ma ponete a lato di tutti questi casi quelli nei quali gli sforzi, quantunque leggeri, accresceranno l'infiammazione, il gonfiore delle parti, aggiungeranno al grado di strangolamento, e sotto questo rapporto, non solo saranno inutili, ma anche funestissimi, impedendo l'effetto dei mezzi rilassanti impiegati dopo di essi, e vedrete se la probabilità di alcuni successi dee compensare la certezza d'una folla di rovesci. Si può dirlo. La maggior parte dell'ernie non divengono irreduttibili, che per i tentativi fatti per ridurle; e senza tali tentativi inconsiderati esse per l'ordinario rientrerebbero quasi spontaneamente nel caso di cui ci stiamo occupando, cioè a dire in quello dove lo strangolamento è poco considerabile.

6. Ma se la resistenza è grande, nel qual caso credesi falsamente, che il taxis, non prometta successo, che impiegando dei grandi sforzi, sono da temersi dei pericoli molto più reali, tentando questi sforzi. I vasi delle par-

ti membranose, che l'ernia contiene, essendo più distesi del solito, per i fluidi, che l'infiammazione vi à richiamati; rendono queste parti più suscettibili di essere contuse, ed affette da echimosi: la loro contusione dunque è la conseguenza quasi inevitabile delle forti pressioni esercitate sul tumore; da ciò seguono inconvenienti ugualmente da temersi, o sia che non si pervenga a fare la riduzione, o sia che vi si riesca.

5. Se non può ridursi l'intestino con questi sforzi moltiplicati, il che accade spessissime volte, l'unica ed ultima risorsa, che rimane, è l'operazione. Or, contate di raro sulla di lei riuscita, in seguito di tali sforzi. La sperienza lo dimostra ogni giorno nell' Hôtel-Dieu, dove situando gli ammalati assoggettati all'operazione nel tempo d'un anno, sopra due liste, una consacrata a quelli, nei quali nessun tentativo è stato fatto, l'altra a quelli, che ne anno provati, si trovano i successi della seconda in una manifesta sproporzione con quelli della prima.

6. Desault citava ogni anno nei suoi corsi, molte osservazioni all'appoggio di questa dottrina io non ne apporterò, che una: la quale è molto toccante.

Osservazione I.

Un uomo conosciutissimo nella repubblica letteraria, fu attaccato da un incarceramento in una ernia, che esso portava dalla sua nascita. Diverse persone dell'arte, chiamate al momento dell'accidente, fecero successivamente l'une dopo l'altre dei grandi tentativi, per operare la riduzione delle parti. Desault consultato la sera riconobbe alla forma grandemente aumentata del tumore, che esso era di natura da non rientrare: egli propose l'operazione, che fu praticata immantinente, nel timore ben fondato degli accidenti consecutivi agli sforzi di riduzione. Se giammai una operazione dovesse riuscire, era senza dubbio questa. L'incarceramento non durava, che da quindici ore; l'ammalato era forte, vigoroso: tutto era favorevole dal canto di lui; ma l'incisione del sacco fece vedere uno stato come cancrenoso nelle parti divenute nericce, e livide; nulladimeno gl'intestini furono ridotti, perchè la contusione, e non già la mortificazione degl'intestini dava loro questo aspetto. L'ammalato parve andar meglio per sei ore, ma quindi gli accidenti si accrebbero, e morì il terzo giorno.

7. Diversi altri esempi aggiunti a questo, potrebbero somministrare le medesime induzioni. Qualunque prontezza, che si metta ad

ad operare, qualunque buona disposizione, che siavi nello stato dell'ammalato, essa riesce raramente in seguito di questi sforzi inconsiderati; così Desault fondava principalmente su questa circostanza la sua diagnostica, che di raro veniva meno. Sperate sempre, egli diceva, da un'ernia, che non è stata toccata avanti l'operazione. A' egli ottenuto dei successi completi a capo del quarto giorno, ed anche del quinto giorno, dello strangolamento, mentreche nel caso contrario, sopratutto quando i tentativi erano stati considerabili, à provato quasi costantemente, il resultato funesto, che l' osservazione precedente ci offre.

7. Segue da ciò, che il taxis, quando non si riesce a far rientrare le parti, à sempre sopra l'operazione, che lo segue, un'influenza più, o meno incomoda. Or il caso più ordinario è senza dubbio quello nel quale non si riesce effettivamente alla riduzione, sopratutto se l'ostacolo è considerabile. Supponghiamo intanto, che vi si giunga; non è allora sicuro, che l'ammalato abbia sfuggite le funeste conseguenze del taxis. Le parti, che si sono fatte rientrare, comprimendole con forza, s' irritano, s' infiammano nella cavità addominale, si cancrenano, e danno luogo a dell'effusioni. Essendo esse contuse, e ridotte all'echimosi, perdono l'elaterio necessario

alla progressione delle materie nel tubo intestinale; non altrimenti, che durante lo strangolamento, vi è ritenzione di queste materie, che non possono arrivare all'ano; continuano i singhiozzi, i vomiti stercoracei, il polso s'indebolisce, e l'ammalato muore a capo d'alcuni giorni.

Osservazione II.

Fu chiamato Desault qualche tempo prima della sua morte, per vedere un uomo affetto da due giorni da uno strangolamento inflammatorio in un' ernia inguinale, che esso portava da sette anni; i dolori erano vivi: non si fecero alcuni tentativi di riduzione. Fu prescritto un bagno, indi si ricoprì il tumore con un cataplasma emolliente. La sera, non manifestandosi verun'apparenza di miglioramento, cominciando ancora il ventre a meteorizzarsi, Desault propose l'operazione. Non fu approvata, che dopo aver prima riuniti dei consultanti, i quali prima d'ogni altro vollero tentare di far rientrare le parti. Due di essi fecero dei vani sforzi, ma il terzo, spingendo in ogni senso, sforzò finalmente la resistenza, e fu fatta la riduzione; già se n'eran felicitati, ma Desault pronosticò una cattiva riuscita, conseguenza della contusione delle parti. In effetto i vomiti

continuarono; non ritornò la libertà nel corso delle materie; sopravvenne la morte il terzo giorno, e l'apertura del cadavere dimostrò l'ileo fortemente disteso da ventosità e da materie. Era livido, e nericcio al luogo del restringimento.

9. Accade dell'ernie incarcerate, come nell' introduzione, delle siringhe nelle costrizioni dell' uretra: prima di ricorrere agli ultimi mezzi, bisogna, che ciascuno siasi esaurito in soccorsi preliminari; bisogna, che lo sforzo di tutt'i consultanti passi, per così dire, sul tumore; se essi sono numerosi, è egli possibile, che esso non sia contuso, lacerato, sopratutto se, come accade, ciascuno cerca a gara di ottenere a forza di pressioni, ciò che non è potuto riuscire a colui, che l'à preceduto?

10. Da ciò, che si è detto (4. 9.), resulta, che quando lo strangolamento, offrendo una gran resistenza, necessita dei grandi sforzi nel taxis, è sempre pericoloso il tentar questi sforzi, le di cui conseguenze sono ugualmente funeste, o sia che per essi si ottenga la riduzione, o sia come accade per lo più, che non si ottenga. Ma da un altro lato noi abbiam veduto (3), che se la costrizione è poco considerabile, il taxis era inutile: si può dunque stabilire per principio generale, che nei primi momenti dello stran-

golamento, bisogna sempre astenersene, e limitarsi all'impiego dei mezzi rilassanti. Obbedendo a questo precetto, senza dubbio, alcune ernie, che sarebbero state felicemente ridotte, necessiteranno un trattamento più incerto. Ma cosa è questo inconveniente in paragone di quelli, che abbiamo accennati?

11. Se il taxis dee essere sempre proscritto nei primi momenti dello strangolamento, non è lo stesso, quando coll'uso dei mezzi rilassanti si è giunto a rammollire il tumore, a farlo anche in parte rientrare; compite allora pian piano ciocchè avete fatto in gran parte per mezzo del trattamento. Il minimo sforzo basta; arrestatevi, se incontrasi troppa resistenza, se il tumore presenta sempre la stessa durezza, la stessa renitenza: ricominciate l'uso dei medesimi mezzi, o ricorrete all'operazione secondo le circostanze. Desault non impiegava mai il taxis, che in questo modo: egli non forzava la riduzione, l'ajutava. Bisogna, se può così esprimersi, che i mezzi rilassanti abbiano già levato lo strangolamento, e condotta l'ernia quasi al suo stato ordinario, prima di tentare veruno sforzo. Del resto ciò diverrà più chiaro nel paragrafo seguente, dove passo ad esporre il metodo di trattamenro dell' ernie incarcerate per infiammazione.

§. II. *Dei mezzi propri a supplire al taxis nell' incarceramento per infiammazione.*

12. Il mio oggetto in questo luogo non è di passare in rivista tutti quelli numerosi mezzi aggiunti al taxis per ajutare la riduzione. Essi appartengono all' uomo erudito, e non sono pertinenze del pratico. Tracciamo solo nell' osservazioni seguenti, quelli impiegati da Desault.

Osservazione III. (*raccolta da Baulet*)

Pietro Morlet, di sessantasei anni, portava dalla sua nascita una ernia epiploica destra; una cattiva fasciatura applicatavi sopra, non la conteneva affatto. Essa non era rientrata da venti anni. Il 30. Settembre 1790., in uno sforzo per sollevare un peso, provò un vivo dolore verso l' anulo; si fecero sentire nel momento uno scoppio come di parti, che si lacerassero, più un gorgoliamento negl' intestini. Il tumore raddoppiò di volume; sopravvennero dei vomiti, continuarono nella notte, si accrebbero il giorno appresso, in cui l' ammalato fu portato all' Hôtel-Dieu.

Il ventre era teso, e dolente; un tumore voluminoso si estendeva dall' anulo alla parte inferiore dello scroto, la di cui pelle era rossiccia, liscia, e lucente. Componevano questo tu-

more l'epiploo in alto, a basso una parte d'intestino facile a sentirsi.

L'ammalato dall'istante del suo arrivo fu messo nel bagno; egli non lo sopportò, che tre quarti d'ora, e ne risentì da principio poco sollievo. I vomiti in tanto cessarono poco tempo dopo: non avea egli bevuto da qualche tempo. Fu coricato orizzontalmente nel suo letto, colla testa un poco alzata, le cosce leggermente piegate sul bacino, e sostenute da un guanciale situato sotto i garetti.

Fu dato un lavativo, il quale portò via le materie dure contenute nei crassi intestini: si ricuoprì il tumore con un largo cataplasma emolliente, e si prescrisse per bevanda una leggiera decozione di gramigna, data a cucchiajate, per evitare il vomito, e dolcificata con un poco di sciroppo di altea. Le nausee divennero più rare, ma i singhiozzi conservarono la stessa frequenza, ed intensità.

La sera, osservavasi minor tensione, e dolore nel tumore; i singhiozzi erano meno frequenti; fu prescritto un nuovo bagno, e rinnovato il giorno appresso. Nell'intervallo fu applicato un cataplasma sopra il tumore, e si diede un lavativo, onde seguì una evacuazione abbondante; il tumore si ammollì sensibilmente. L'ammalato fu messo di nuovo nel bagno.

Il volume della massa epiploica era alquanto diminuito: ma esso formava ancora innanzi all'anello un'intumescenza considerabile, che opponevasi alla sua rientrata nel basso ventre: i cataplasmi continuati per quattro giorni, l ammollirono un poco di più, e si giunse in fine a fare con facilità la riduzione di questa parte. L'ammalato, che sino allora non avea avuto beneficio di corpo, che col mezzo di lavativi, n'ebbe spontaneamente tre copiosi la notte seguente.

L'anello inguinale, molto dilatato, lasciava sortire, al minimo movimento, una porzione dell'epiploo, che era tanto più difficile di ritenere, dopo averne fatta la riduzione, perchè l'ammalato era tormentato da una tosse violenta. Si giunse nulladimeno a contenere l'ernia per mezzo della situazione orizzontale, e col mezzo di piumacciuoli graduati assoggettati dalla fasciatura a spiga, attendendo di poter impiegar una fasciatura al proposito.

La tosse si calmò ben presto, e quest' uomo sortì dall'Hotel-Dieu il dodicesimo giorno, della sua entrata.

Osservazione IV. (*raccolta da Hernu*)

Marianna Bée, di 42. anni, prova subitamente un vivo dolore alla sommità della coscia, in uno sforzo fatto per alzare un far-

dello: un tumore ernioso, che essa portava da cinque anni all'arcata crurale, divenne al momento più voluminoso; sopravvennero delle nausee, e ben presto dei singhiozzi, durano questi quattro giorni, cessano una notte, e ben presto ritornano.

L'ammalata venne allora a consultare Desault, il quale l'obbliga a rimanere all'Hotel-Dieu: essa ricusa, e ritorna in sua casa a cavallo. Crescendo gli accidenti, il giorno appresso, ritorna all'Hotel-Dieu.

Al di lei arrivo viene posta orizzontalmente in un bagno; vi resta per due ore, e già gli accidenti sono minori. In seguito il tumore è ricoperto di cataplasmi emollienti, e si dà un lavativo semplice, che procura una leggiera evacuazione. La notte si passa tranquillamente.

Il giorno appresso, bagno ripetuto due volte; sparimento quasi intero degli accidenti. Intanto i lavativi non danno ancora uscita, che alle materie contenute nei grossi intestini. Il quarto giorno, nuovo bagno, seguito da un lavativo, che produce un'abbondante evacuazione biliosa; manifesta diminuzione del tumore: l'uso dei cataplasmi continuato ancora per alcuni giorni, lo fa ben tosto sparire, ad eccezione d'una piccola porzione, che le sue aderenze ritengono all'arcata crurale.

13. Si vede, che nelle osservazioni precedenti, i rilassanti compongono quasi tutto l' apparato dei mezzi di riduzione. I bagni presentano sopratutto dei vantaggi sorprendenti. Subito che un ammalato arrivava all' Hotel-Dieu con un' ernia incarcerata, la prima cura era di collocarvelo per tutto il tempo, che potea sopportarlo; alcune ore dopo veniva reiterato, e così di seguito due, ed anche tre volte al giorno. Spesse volte l' ernia rientrava all' uscire dell' acqua, sopratutto se n' era risultato una spece di svenimento. In generale il successo dipende molto dalla situazione dell' ammalato nel bagno; vi sia egli coricato come nel suo letto in maniera, che tutte le parti si trovino nel rilassamento; un panno teso nella tinozza orizzontalmente, e fissato sopra i suoi lati, in modo tale, che non tocchi al fondo, serve a sodisfare questa indicazione. Il minimo incomodo nei muscoli controbilancerebbe l' effetto di questo mezzo; i di cui effetti sono qualche volta sorprendenti.

14. Nell' intervallo dei bagni, l' uso dei cataplasmi può supplirvi sino ad un certo punto. Il tumore ne sia costantemente umettato: i migliori sono in generale quelli, che si fanno coll' acqua di altea e la mollica di pane; la quale fra tutte le sostanze, dopo la farina del seme di lino, che

è molto più cara, à la proprietà di attrarre una maggior quantità d'acqua, e ritenerla più lungo tempo.

15. I lavativi, che sono una specie di bagno interno tanto più vantaggioso, quanto è più immediatamente applicato, debbono tenere ancora un rango distinto nel trattamento dell' ernie incarcerate per infiammazione. Oltre il rilassamento, che essi procurano, liberano i grossi intestini dalle materie, ordinariamente durissime, che li riempiono, li irritano, ed aumentano, sotto questo rapporto, gli accidenti dell' incarceramento.

16. Quando la durezza, l' estrema sensibilità del tumore, la tensione del ventre, il polso duro, ed altri segni accessorj, indicano molto l' infiammazione, dee essere accoppiato ai mezzi precedenti il salasso; qualche volta i suoi effetti sono mirabili, sopratutto quando ne segue la sincope. Spesse volte allora il tumore sparisce subitamente, come l' à spesso osservato Desault. Aggiungete a tutti questi mezzi la situazione dell' ammalato, le regole generali della quale si trovano da per tutto, ed avrete il quadro dei mezzi più efficaci per la rientrata dei tumori erniosi incarcerati per l' infiammazione.

17. L' uso di questi mezzi ammollisce il tumore, o lo fa in parte rientrare, tentate allora alcuni leggieri sforzi: essi basteranno per

compiere la riduzione: ma se il tumore resta duro, se è divenuto come lividastro, se il ventre si meteorizza, i singhiozzi, ed i vomiti sussistono, il polso s' indebolisce, allora affrettatevi a fare l' operazione, ogni ritardo sarebbe funesto.

§. III. *Del taxis nell' incarcerazione per ingorgamento.*

18. Abbiamo veduto (I. 17) da un lato i pericoli del taxis nello incarceramento infiammatorio, dall' altro i mezzi di supplirvi colla riduzione delle parti. Esaminiamo ora ciò, che bisogna pensare di questa operazione nell' incarcerazione per ingorgamento. Se vi è un caso nel quale si possa permetterla, è senza dubbio questo, in cui ordinariamente il tumore si presenta senza dolore, e senza tensione bene osservabili. Nulladimeno guardatevi allora di fare come quei pratici, che comprimono l' ernia (tale è la loro espressione) per farla rientrare. All' ingorgamento si unirebbe ben presto l' infiammazione, e ne risulterebbe uno stato peggiore dell' incarceramento inflammatorio primitivo. Desault à spesso osservati questi effetti funesti di sforzi inconsiderati, che non debbono sorprendere perchè per poco, che le materie abbiano dimorato nel sacco intestinale, vi acquistano

un'acrimonia, che irrita questo sacco: or se ad una tale irritazione aggiungete quella del taxis sopratutto reiterandolo ogni giorno, come viene raccomandato nelle memorie dell'Accademia, si concepisce qual ne sarà l'effetto.

19. Bisogna dire lo stesso dei purganti in generale, e del sale di Epsom in particolare, di cui sono stati comunicati all'Accademia alcuni felici resultati. Essi spingono, maggiori materie nel tumore, lo distendono, l'irritano, si oppongono alla rientrata delle parti. Lo stesso giudizio sui lavativi irritanti, per esempio quelli di fummo di tabacco: Desault ne à veduti i più gravi inconvenienti in un uomo della piazza Maubert, che morì due ore dopo l'uso imprudente di questo rimedio. Contate ugualmente pochissimo sopra tutte le varie posizioni raccomandate da diversi autori, sopra quella, per esempio, in cui l'ammalato è collocato sopra i gomiti, e le ginocchia, secondando il metodo di Winslou, o sospeso colla testa in giù, come propongono Fabrizio d'Acquapendente, Covillard, Shalp, Bell, e Louis.

20. Desault traeva in generale un gran vantaggio dai bagni, o dai lavativi semplici, ed anche dall'applicazione delle sostanze emollienti sopra il tumore, applicazione generalmente riprovata nell'ingorgamento, dove già esiste, dicesi, molto rilassamento, ma che però divie-

ne indispensabile in conseguenza degli sforzi del taxis per diminuire l'irritazione, che ne è il resultato. La seguente osservazione estratta dal giornale di Chirurgia, ci offre il quadro della di lui pratica in questo caso.

Osservazione V.

La donna Chapron, lavandaja, di anni 24., venne all' Hotel-Dieu il dì 25. Marzo 1792., per un' ernia crurale ingorgata da quindici giorni. Negli ultimi tempi si era inutilmente impiegato il taxis ed i salassi. Le coliche, e la nausee erano accresciute; i vomiti ed i singhiozzi divenuti frequentissimi, ed il ventre doloroso, e teso.

Un bagno di due ore diminuì la tensione dell'addome, ma i singhiozzi, ed i vomiti sussisterono ancora per alcune ore. Si coprì il tumore con un cataplasma, e si fece prendere all'ammalata un lavativo semplice, il quale non portò via, che delle materie indurite, che trovavansi accumulate nei grossi intestini.

Tutti gli accidenti cessarono, e la seguente notte il tumore diminuì sensibilmente. Esso disparve interamente il giorno appresso, doppo un secondo bagno seguito da un lavativo. La libertà del ventre subito si ristabilì, e la donna sortì dallo spedale il quarto giorno, della sua entrata, ed il diciannovesimo giorno, dei primi accidenti.

Articolo Secondo

Dell' operazione dell' ernia.

§. I. *Maniera prattica d' operare.*

21. Se i mezzi quì sopra descritti sono insufficienti, l'operazione dell'ernia è la sola, ed unica risorsa, che resta. Desault non à aggiunto abbastanza a questa operazione, perchè sia quì trattata in una maniera metodica. Nulla dimeno i preziosi dettagli operativi, che gli appartengono, sopratutto nel bubonocele, debbono essere esposti L'osservazione seguente, raccolta da Boulet, ne offrirà il quadro: nel tempo stesso, che ci dimostrerà il successo, che dee attendersi dall'ernie, nelle quali non è stato adoprato il taxis.

Osservazione VI.

Carlo Leroux, nella sua fanciullezza, avea avuta un'ernia inguinale del lato destro, che una semplice fasciatura di tela, portata per alcuni mesi, era bastata per contenerla, e che non era più comparsa sino all'età di 17. anni. Il dì 19. Agosto 1790., in uno sforzo considerabile si fece sentire un dolore improvviso all'anulo, dove comparve un tumore ovale di due pollici di estensione; si fece udi-

re uno strepito come di lacerazione; sopravvennero delle nausee, e ben presto dopo dei vomiti. Un chirurgo chiamato subito, cavò sangue all'ammalato, consigliò di portarlo all'Hotel-Dieu, e sopratutto di non comprimere il tumore. Non fu portato però allo spedale, che il giorno appresso. I dolori all'inguine erano vivissimi, i vomiti frequenti, il polso poco elevato.

Dal momento del di lui arrivo l'ammalato fu messo al bagno; in seguito gli fu dato un lavativo senza che ne seguisse verun sollievo. Il tumore essendo stato raso, fu ricoperto da un cataplasma: si prescrisse per bevanda una tisana di gramigna con un poco di siroppo di altea da prendersi a cucchiajate.

La sera, gli accidenti erano i medesimi, ed inoltre il basso ventre era divenuto doloroso; si reiterò il bagno, ed il cataplasma: la notte fu agitata: il giorno appresso il tumore era più duro, il ventre più sensibile, le nausee continue, il polso piccolo, concentrato, e l'ammalato molto debole; un nuovo bagno non calmò punto gli accidenti. La sola operazione poteva rimediarvi. Essa fu praticata nella maniera seguente

Il chirurgo fece alla parte superiore del tumore una piega trasversale, della quale un ajuto sostenne una dell'estremità, mentrechè egli

stesso teneva l'altra, tagliò questa piega sino alla sua base, con un sol colpo di bistourì, e nella direzione del tumore, prese in seguito uno dei lati dell'angolo inferiore della ferita, fece sollevare l'altro da un ajuto, ed alzando in tal modo successivamente la porzione della pelle, che esso andava a tagliare, continuò l'incisione sino al basso dell'ernia. Fu legata un'arteria situata vicino al bordo esterno della ferita. Essendo il tumore recente, il sacco ernioso conparve subito allo scoperto. Il chirurgo ne afferrò il di mezzo colle pinsette anatomiche, l'incise per istrati, e dilatando sino a che ebbe fatto un'apertura sufficiente, per passare una siringa scannellata, sulla quale lo aprì in tutta la sua lunghezza, e nella direzione dell'incisione della pelle. Questa borsa conteneva una porzione d'intestino lunga circa tre pollici, già d'un rosso bruno, situata alla parte anteriore, ed al lato esterno del cordone dei vasi spermatici.

L'incarceramento era formato dall'anulo, e non si giunse, che con pena, ad introdurvi una siringa scannellata, che fu tenuta da un ajuto, mentrechè il chirurgo medesimo allontanava l'intestino coll'ajuto di due dita collocate dietro la siringa. Egli condusse, con queste precauzioni, un ordinario bistourì lungo la scannellatura, e sbrigliò l'anello in alto, ed all'infuori. Una incisione di circa una

linea e mezzo bastò per togliere lo strangolamento. Il chirurgo fece sortire una maggior porzione dell' intestino, che trovossi perfettamente sano al disopra, e al disotto dello strangolamento. Lo compresse allora leggiermente colla palma della mano, e facendo dei piccioli movimenti per far rientrare nel basso ventre una parte delle materie, che conteneva; lo ridusse in seguito senza difficoltà, spingendo uno dei capi verso l'anello, e ritenendovelo, coll'ajuto delle dita indici, che agivano alternativamente.

Per la medicatura, si introdusse sino all'anello inguinale il di mezzo d'un pannolino fine perforato di piccoli fori a forma di un crivello, e ripieno di filacce. Una faldella di fila, tre piumacciuoli bislunghi, e la fasciatura a doppio T., composero il resto dell'apparecchio.

Gli accidenti disparvero dall'istante della riduzione, quattr'ore dopo l'ammalato andò alla guardaroba; e la notte seguente ebbe nuove in dieci scariche biliose, abbondanti e molto liquide. Ne ebbe delle simili e quasi egualmente frequenti il secondo; e terzo giorno. Verso la fine del secondo giorno s'inaffiò l'apparato con una decozione emolliente, il che si fece tutti i giorni sino al quindicesimo. A quest'epoca la marcia essendo tenace, e poco abbondante, non si adoprò più che delle fila asciutte.

Tutto andò perfettamente sino al quindicesimo giorno; la ferita allora non aveva più d'un pollice di estensione; ma à quest'epoca i bordi ne divennero sensibili, il fondo si elevò un poco, e prese un colore pallido. Come l'ammalato faceva bene tutte le sue funzioni, avea dell'appetito, e non potevasi sospettare una cattiva disposizione delle prime vie, si giudicò, che questo sintoma fosse prodotto da una irritazione puramente locale. Nulladimeno venne alquanto diminuita la quantità degli alimenti. Si toccò la ferita colla pietra infernale, e venne medicata il giorno appresso e ne' seguenti colla decozione emolliente. Questa cura riuscì: la cicatrizazione fece bentosto nuovi progressi, e fu compiuta 49. giorni dopo l'operazione. Il giovine sortì dallo spedale alcuni giorni dopo, quando la cicatrice fu abbastanza solida per sopportare il cuscinetto d'una fasciatura elastica.

§. II. *Riflessioni sul metodo operativo.*

12. Questa osservazione ci offre de' dettagli sopra il metodo di operare ne' casi ordinarj. Riprendiamo fra questi dettagli quelli, che appartengono a Desault, passando sopra a quelli comuni a tutti gli altri. I pratici generalmente si accordano sulla direzione da darsi all'incisione degl'integumenti; ma la ma-

niera d'ingrandirla, quando è insufficiente, varia: quasi tutti consigliano l'impiego della tenta scanalata leggermente passata sotto la pelle, e sopra la quale s'incide, ma ciò è lo stesso, che aggiungere un dolore a quello dello strumento tagliente, per la lacerazione delle parti nervose, che vanno a spargersi sulla pelle, val meglio tendere, sollevando ciascuno de' suoi bordi, l'angolo inferiore della ferita, per prolungarlo in seguito ad arbitrio: osservazione applicabile al maggior numero delle operazioni. In questo modo d'operare, bisogna che la tensione de' bordi sia uniforme; senza di ciò l'incisione sarebbe ineguale, e come serpeggiante. Prolungatela generalmente il meno possibile, in alto per mettere bene allo scoperto l'anello, a basso per evitare il seno, dove possono venire ad accumularsi le materie.

23. La recisione dell' anello suppone due cose, 1. il luogo nel quale si dee farla, 2. il modo di praticarla. Il luogo dell' incisione dee essere principalmente determinato dall' arteria epigastrica, che bisogna procurar di evitare. Molti pratici pensano, che la sua lesione è impossibile, ma l' ispezione de' cadaveri, ed il fatto di Bertraudi si riuniscono per ismentirli. Or su questo punto sono stati dati de' precetti affatto opposti. Gli uni con Heister, Garengeot, e Bertrandi,

vogliono, che s'incida in dentro; gli altri con Sharp, Lafaye, che si pratichi l'incisione al difuori ec., diversità la quale, come osserva Sabatier, sembra dipendere dalla varia posizione dell'arteria, situata ora da un lato, ora dall'altro: bisognerebbe dunque trovare una regola, che nell'operazione potesse servirci di guida costante, e metterci al sicuro della sua lesione, qualunque sia il luogo dell'arteria. Desault traeva questa regola dalla situazione del cordone spermatico per rapporto al tumore, ed una folla d'osservazioni fatte da lui, e da diversi Chirurghi degli Spedali di provincia di Parigi l'ànno assicurato, che essa non fosse mai fallace. Incidete, egli diceva, in alto ed infuori, se il cordone è dietro il sacco, o al suo lato interno, in alto e all'indentro, se incontrasi innanzi al sacco, o al suo lato esterno. Or, come esso à quasi sempre la prima posizione, lo sbrigliamento dee essere fatto quasi sempre nel primo senso.

24. Gli Autori raccomandano, per tale sbrigliamento, una folla di strumenti, tutti più, o meno complicati, e che accrescono l'armamentario Chirurgico, senz'aumentare i progressi della Chirurgia. La tenta scanalata, ed il bistourì sono costantemente sufficienti. La prima dee portare una scannellatura più profonda, e più larga dell'ordinario, affinchè il secondo abbia minore facilità ad abbondonar-

la; quindi il volume quasi doppio nel tronco della tenta, che adoprava Desault. Per introdurla cercate il luogo meno resistente. Questo non è certamente quello dove dee essere fatto lo sbrigliamento; spesso alcune adesioni, la strettezza dell'apertura l'impediscono di penetrarvi: allora insinuatela verso il lato opposto del sacco, o anche rilevate leggermente l'intestino per farla penetrare al disotto, e quando vi sarete riuscito, de' piccoli movimenti di rotazione sopra il suo asse, vi servino a condurla verso il luogo da incidersi. Questa osservazione è essenziale. Il Chirurgo abbassando allora con una mano il fascio intestinale, porta coll'altra il bistourì sopra la tenta, che un ajuto è incaricato di tener ferma. Poca estensione basta all'incisione per far rientrare le parti; è sufficiente una linea, o due: d'altronde val meglio esporsi a ritornarvi una seconda volta, perche gli ammalati restano tanto più esposti all'ernie, quanto l'apertura è più grande.

25. Essendo levato l'ostacolo, si opera la riduzione con i mezzi generalmente conosciuti: quando essa è finita, non adoprate, che una medicatura semplice, e superficiale. Non vi è timore per parte dell'emorragia, quando i vasi sono stati ben legati, nell'atto dell'operazione. Il pezzo di pannolino forato a forma di crivello, del quale Desault si servi-

va, à il vantaggio; 1. di lasciare uscire meglio d'ogn'altro le materie fluide, che sortono dal basso ventre; 2. d'impedire bene ugualmente le fila di penetrare nella ferita, sulla quale è immediatamente situato. Uno strato di fila, due piumacciuoli lunghi, ed una fasciatura a spiga, o anche triangolare, compongono il resto dell'apparecchio.

MEMORIA

Sopra gli ani contro natura

Riflessioni generali.

1. LA digestione non è talmente legata all' insieme degli organi digestivi, che non possa esercitarsi senza alcuni di essi. Lo stomaco, ed il condotto intestinale sono la sede di questa funzione; ma ciascuna estremità di questo condotto à sopra di essa un differente influsso. L'una superiore n'è come il centro, ed il fuoco; l'altra inferiore, non vi concorre quasi, che indirettamente. Questa non è per così dire, che un condotto escretorio. Quindi il grado del pericolo della sua lesione tanto minore quanto più basso egli è interessato. Quindi, nell' ordine della vita, la possibilità degli ani contro natura, risorsa estrema, che la natura si è procurata, per supplire nell' escrezione delle materie fecciose, all' impotenza delle vie naturali.

2. Gli ani contro natura sono sempre il risultato d' una lesione all' intestino, prodotta ora da una ferita penetrante nel basso ventre ora da un tumore delle pareti intestinali, che si è aperto all' infuori, praticata qualche

volta metodicamente dall'uomo dell'arte può rimediare al difetto di forame nell'ano, come à avuta occasione di farlo Desault, e prima di esso Littre, spesso resultato dell'operazione dell'ernia, nella quale è stato imprudentemente diretto il bistourì, ma per lo più, effetto della cancrena dell'intestino, prodotta anche essa dallo strangolamento, che lo stesso à sofferto, sia che questa cancrena sia stata messa a scoperto nell'operazione, sia che gli integumenti del tumore ernioso infiammati, o suppurati a cagione di essa, si sieno aperti per dare uscita alle materie.

3. Pochi esempi di questa malattia s'incontrano presso gli antichi. I moderni, che l'anno osservata più spesso, ànno ignorato in generale lo stato delle parti, che formano l'apertura; l'uscita degl'integumenti fuori del basso ventre, sembrerebbe essere sfuggita ancora a tutti gli osservatori dopo Ippocrate, il quale l'avea descritta, sino a Fabrizio de Hilden, che al principio dell'ultimo secolo ne à rapportato un esempio come una cosa ignota, ed affatto straordinaria. E' cosa essenziale dunque di formarsi su questo punto delle idee precise, ed esatte.

ARTICOLO PRIMO

De' fenomeni dell' ano contro natura.

§. I. *Dello stato delle parti nell' ano contro natuta.*

4. Abbiamo detto (2), che l'ano contro natura era sempre il risultato d'una lesione dell'intestino: or questa lesione può essere di due sorte; con perdita, o senza perdita di sostanza: quindi due specie differenti di ano contro natura. Il primo è l'effetto d'un deposito, della cancrena, d'una ferita contusa ec., il secondo è il prodotto d'una ferita tagliente, o pungente. L'uno presenta sempre un carattere tanto più funesto, quanto è stata più considerabile la porzione distrutta. Il prognostico dell'altro è relativo all'aspetto, sotto del quale si offre. Infatti, ora la totalità del tubo intestinale è stata divisa, ora non è stato diviso, che in una parte della sua circonferenza, e questo è il caso più ordinario.

5. Qualunque sia la specie di lesione, che l'intestino abbia subita (4), esso presenta in questo caso un fenomeno costante, cioè l'adesione delle due sue porzioni divise alla circonferenza dell'apertura delle pareti addomi-

nali, adesione salutare, che impedisce alle materie di spargersi nella cavità del basso ventre, costituisce essenzialmente sotto questo rapporto, l' ano contro natura, e proviene dall' infiammazione, antecedente nella cancrena, susseguente nelle ferite. Tale è la forza di questa adesione, che gli autori non offrono, credo io, alcuno esempio, nel quale essa stracciata dagli sforzi del malato, abbia dato luogo agli accidenti dell' effusione. Quindi risulta, che se le pareti dell' addome fossero intere, formerebbero un supplemento alla porzione del canale, che è stata distrutta; e che le materie continuerebbero a passare, secondo l' ordinario, per l' ano, a meno però, che le porzioni dell' intestino, diviso, e aderente alle parti vicine, non formassero un angolo assai acuto per arrestarle nel loro cammino.

6. Quest' angolo formato dalle due porzioni dell' intestino al luogo della loro divisione, non e una disposizione rara, come osserva Morand; esso oppone al passaggio delle materie una resistenza tanto più grande, quanto è più acuto; in maniera che se egli è vicino al paralellismo, sarà intercettato ogni accesso nella porzione inferiore del canale, mentre che le materie sortiranno in parte da questo lato, se esso si avvicina alla perpendicolare. Esso affetta sopratutto la prima

disposizione, quando una gran porzione del condotto intestinale è stata distrutta, quando questo condotto è stato tagliato a traverso; la seconda è osservata principalmente, quando l' incisione non à interessato, che in parte le sue pareti. Si concepisce, che le difficoltà della guarigione sono in ragione diretta dell' una, ed inversa dell'altra, e che la prominenza di questa specie di imbrigliatura interna, vi è sempre un ostacolo più, o meno grande.

7. Dietro ciò che è stato detto (4. 6) si può formare facilmente un' idea e della malattia, di cui si tratta, e delle cause, che la mantengono, cioè; 1. L' apertura del basso ventre, che offre alle materie un' uscita più facile, e meno lunga di quello, che se avessero da percorrere tutti i giri degl' intestini; 2. l' ostacolo prodotto dall' angolo più, o meno acuto del quale si è parlato (6). Così nelle fistole urinarie la fessura dell' uretra, ed il suo accorciamento, sono le due cause, che impediscono il passaggio delle urine per le vie ordinarie. 3. A queste due cause se ne aggiunge un' altra nel caso presente: cioè l' abituale contrazione della porzione inferiore dell' intestino, che à cessato d' essere dilatato dal passaggio delle materie; causa, che alcuni ànno esagerata, spingendola sino alla obbliterazione. Infatti nessuna osservazione stabilisce questo fenomeno: al contrario lo smentiscono tutte

Vediamo noi nell'altre fistole chiudersi la porzione del condotto escretoio al disotto dell'ostacolo? Giammai; l'umore mucoso, che lo lubrica basta per impedirgli di obbliterarsi. In questo luogo un tale umore è abbondantissimo, e nel caso di cui trattiamo, evacuato in parte, forma que' fiocchi bianchicci, che l'ammalato rende. D' altronde, spesso si vede questa porzione interiore rovesciarsi sopra di se stessa, ed invaginarsi, come ben presto avrò occasione di notarlo: prova sicura della cavità, che rimane aperta. Infine nelle numerose aperture degli ammalati, morti con degli ani contro natura, non pare, che sia stata ritrovata questa obbliterazione. Lecat non l'à veduta in un cadavere aperto dodici anni dopo, che le materie stercoracee avevano cessato di passare per l'intestino. Desault à avuto occasione d'osservare la medesima cosa sopra un ammalato morto all' Hôtel-Dieu di Parigi, di spossamento, effetto d'un ano contro natura, nel quale veniva ad aprirsi l'estremità dell'ileo, e che sussisteva da due anni.

8. Lo stato delle parti da noi esposte (4. 6), è quello che si osserva ne' casi ordinarj in coloro ne' quali l'ano contro natura è semplice, e senza complicazione. Esso allora non forma esteriormente, che un'apertura fistolosa più, o meno sensibile; stato che ordinariamente si osserva quando le materie passano

ancora per l'ano in gran parte. Ma per lo più comparisce esteriormente un tumore più, o meno voluminoso. Ciò è sopratutto, quando la totalità delle materie sorte per l'apertura non naturale. Questo tumore è l'effetto del rovesciamento dell'intestino.

9. Il rovesciamento è una complicazione frequente dell'ano contro natura. Esso in questo caso succede nello stesso modo, che all'intestino retto nella procidenza dell'ano: è ingenerale tanto più facile in quanto, che l'intestino è più libero nella cavità addominale; tanto più considerabile, quanto i sforzi per andare al secesso sono maggiori; tanto più incomodo quanto è più antico; qualche volta è semplice, spesso è doppio. In quest'ultimo caso esistono due tumori, uno formato dalla porzione vicina all'ano, l'altro da quella contigua allo stomaco. Il volume di ciascheduno varia. Si è detto, che il primo fosse sempre più grosso, e più pronto a comparire; ma niente è costante su questo punto e l'osservazione, che riperteremo, presenta un fenomeno contrario.

10. La forma di questi tumori rappresenta comunemente una specie di cono strangolato alla sua base, forato alla sua cima da un'apertura, a traverso della quale escono gli alimenti mezzo-digeriti, se essa è formata dalla porzione superiore dell'intestino; una seroi-

tà bianchiccia, o i lavativi dati per l'ano, se risulta dalla porzione inferiore. Ma questa forma varia singolarmente. La superficie è rossiccia, analoga alla faccia interna degl' intestini, spatsa di /ripiegature membranose.

11. Questi tumori da principio poco voluminosi, lo divengono insensibilmente, crescono qualche volta al punto di acquistare un piede, ed anche più di grossezza. Il loro accrescimento in lunghezza, dipende dal rovesciamento successivo d'una porzione più grande d'intestino. Il loro accrescimento in grossezza dipende specialmente dall' igorgamento delle pareti intestinali, ingorgamento prodotto anch' esso; 1. dalla costrizione, che prova la base del tumore; 2. dalla posizione perpendicolare, che essa affetta; 3. dall' irritazione, effetto del contatto delle materie, che se ne escono, e de' corpi esteriori, dalla confricazione de' vestimenti ec.

12. Desault à qualche volta osservato in queste sorti di tumori un movimento peristaltico, esattamente analogo a quello degl' intestini. La contrattilità squisita, della quale essi godono, fa che si ristringano per mezzo dell' azione del minimo irritante, per esempio, di alcune gocciole d'acqua versate sopra essi.

13. Essi sono spesso reduttibili al minimo

sforzo, rientrano ancora spontaneamente. Il loro ingorgamento, le aderenze, che contraggono, producono un fenomeno contrario. In generale, essendo altronde tutte le cose uguali, la porzione contigua allo stomaco, è spesso suscettibile di riduzione più dell'altra.

§. II. *Degli effetti dell' ano contro natura.*

14. La natura non è mai perturbata impunemente ne' suoi andamenti. Quantunque l' insieme degli organi d' una funzione, non sia sempre, come ò detto (1) assolutamente necessario a questa funzione medesima, pure senza questo insieme essa raramente si esercita nella sua integrità. Ciò è quel che si osserva in questo caso.

15. Quando il condotto intestinale è aperto in una parte vicinissima allo stomaco, gli alimenti sottomessi assai poco tempo all' azione delle forze digestive, escono mezzo digeriti; una piccola quantità di chilo è assorbita; la nutrizione non si fa, che in parte; l' ammalato diventa emaciato, ed affatto consunto; qualche volta egli muore, come à osservato Desault, e come Hoin, e Leblanc ne portano degli esempi. In questo caso le materie evacuate ànno un odore poco fetido, spesso sono acri.

16. Quando l' apertura non interessa, che

l' estremità dell' ileo, l' intestino cieco, o il colon, il pericolo è molto minore, vedonsi spesso in questo caso gli ammalati sodisfare ugualmente bene tutte le loro funzioni, e ad eccezione di alcune coliche, alle quali sono abitualmente soggetti, godere d' una salute ugualmente buona, che prima dell' accidente. Allora le materie sono più fetide; la loro uscita segue men da vicino la loro introduzione nello stomaco; l' ammalato le ritiene più lungo tempo.

17. Nell' uno, e l' altro caso esse vengono rese involontariamente; non potendo l' apertura priva di sfintere ritenerle; quindi l' abituale imbrattamento delle vicinanze della fistola, che non prevengono, se non incompletamente le diverse macchine immaginate a questo effetto; quindi la dolorosa escoriazione delle parti circonvicine, le fungosità, che vi nascono.

18. Per lo più nessuna evacuazione stercoracea si fa per l' ano; però gli ammalati vanno da tempo in tempo per secesso, per rendere un poco di materia bianchiccia, e consistente, che non è altro, che la mucosità fornita dalla porzione d' intestino vicina all' ano. In certe circostanze questa mucosità esce in maggiore abbondanza. Desault à avuta occasione di osservarlo in un ammalato, che restò per due anni all' Hôtel-Dieu, con una malattia, di questo genere.

19. L'apertura delle pareti addominali, essendo troppo ristretta, comprime l'intestino, difficultà l'uscita della materie, da luogo ai dolori intestinali, ai tenesmi, effetto che nasce ancora dall'angolo interno delle due porzioni dell' intestino (6) dall' ingorgamento, del quale abbiamo parlato (11). Puy à veduto due volte questo ingorgamento portato sì innanzi da causare la morte, intercettando affatto il passaggio delle materie. Lo strangolamento, che allora si osserva è analogo a quello dell'ernie, l' apertura fa a riguardo dell'intestino la medesima cosa, che l' anulo, o l' arcata crurale. Lange à trovato l' intestino talmente ingorgato di sangue, che à creduto non poter salvare l' ammalato, che togliendo lo strangolamento con una incisione al basso ventre. Hoin, é Leblanc citano degli esempi, ne' quali la cancrena, e la morte sono stati la conseguenza di questi strangolamenti, e nella memoria di Sabatier sopra gli ani contro natura trovasi l'esempio d'un invalido, il quale à corso rischio di essere la vittima d'un simile accidente.

Articolo Secondo

Della cura degli ani contro natura.

20. Gli accidenti dell'ano contro natura ànno fissato da lungo tempo l'attenzione de'

pratici, che quasi sempre, non vi ànno opposto, che un soccorso palliativo, qualche volta ànno tentato la cura radicale: esaminiamo l'uno, o l'altro di questi mezzi.

§. I *Cura palliativa*.

21. La cura palliativa consiste; 1. a rimediare all'imbrattamento abituale, che mantiene l'uscita involontaria delle materie; 2. combattere i diversi accidenti esposti (14. 19).

22. La prima indicazione viene sodisfatta con diverse macchine d'argento, o di ferro bianco, variabili nella loro forma, e nel loro meccanismo, secondo l'immaginazione de' loro autori, e le quali ora applicate immediatamente all'apertura del basso ventre per mezzo d'una fasciatura a molla, ricevono le materie, e le impediscono di spandersi: ora formano de' serbatoi situati più, o meno lungi dall'ano contro natura, e dove le materie sono trasmesse per mezzo di un tubo mantenuto costantemente nell'apertura. In generale la gomma elastica più pieghevole, meno pesante, più suscettibile di prendere tutte le forme, è la sostanza più propria a queste specie di macchine, che nel resto sodisfanno raramente al loro scopo, e che assoggettano gli ammalati a delle cure continue, e defaticanti.

23. La seconda indicazione è relativa ai diversi accidenti degli ani contro natura. Per impedire la troppa pronta uscita delle materie, e con ciò il peggioramento dell'ammalato (15), quando l'apertura è vicinissima allo stomaco, Richter à proposta l'ingegnosa idea di applicare per ùn certo tempo sopra l'apertura esteriore, una spugna sostenuta con una fasciatura elastica; mezzo rigettato da Loeffler, perchè egli l'à veduto seguito da coliche, da costipazione, d'infiammazione, ed escoriazione alla pelle.

24. Si oppone al ristringimento dell'apertura delle pareti addominali (19), ed al rovesciamento dell'intestino, ponendo all'apertura uno stuello di fila, che vi si mantiene abitualmente, come l'à proposto Sabatier, e che spesso rinnovasi, per evitare il sudiciume. Altri consigliano l'uso di un tubo d'avorio, applicato sulla circonferenza della fistola, e mantenuto in una maniera qualunque: mezzo insufficiente in ciò che l'intestino può sortire ancora per il foro dal quale è il tubo scavato, che allora diviene una causa artificiale di strangolamento pericoloso, in ciò che la pressione esercitata da un corpo tanto duro, non potrebbe mancare di divenir funesta. La prima maniera d'operare non à questo svantaggio, ma si può rimproverargli quello di conservare una parte della materia

acre, e tenue, che sorte, e della qual s'inzuppan le fila, soggette con ciò ad escoriare le parti sopra le quali si appoggiano; rimprovero già fatto alla spugna di Richter, come abbiamo veduto.

25. Il mezzo più efficace di prevenire il rovesciamento dell'intestino, di mantener sempre l'apertura sufficientemente dilatata, di far cessare i dolori intestinali, di ritenere le materie nell'intervallo delle medicature, e farle dimorare un tempo abbastanza lungo per nutrir l'ammalato, è un turacciolo di pannolino d'una grossezza proporzionata a quella dell'apertura, situato stabilmente nell'apertura medesima, sostenuto da una faldella di fila, da de' piumacciuoli, e da una fasciatura poco stretta. Questa maniera operativa riunisce il doppio vantaggio di non far contusione nelle parti, e di opporsi sicuramente all'uscita delle materie. Se sorte ancora un poco di fluido venendo assorbito dalle fila, non produrrà alcuna escoriazione. Da principio da questo apparecchio ne risulta un poco d'incomodo per l'ammalato; qualche volta ne seguono ancora delle leggiere coliche: ma ben presto le parti si assuefanno alla loro nuova maniera d'essere, e tutto rientra nello stato ordinario. Vedremo bentosto come questo mezzo, considerato qui come palliativo, può essere utilmente impiegato per la cura radicale: ma come

la sua applicazione suppone la riduzione preliminare della porzione dell' intestino uscita; prima di tutto bisogna esaminare questa riduzione.

26. In generale essa è sempre facile ne' casi ordinarj, e le regole alle quali allora è soggetta, non differiscono da quelle della cura delle procidenze dell' ano: non è lo stesso, quando le pareti dell' intestino, ingorgate, e ingrossate per una delle cause esposte (11), formano all' esterno un tumore considerabile. Questo caso è stato riguardato sempre da' pratici un come invincibile ostacolo alla riduzione. Ma la sperienza avea insegnato a Desault, che non è al disopra delle risorse dell' arte, e che una compressione esercitata metodicamente, per alcuni giorni, sulle parti sortite, ne diminuiva ben presto il volume, a segno di ridurle quasi à quello, che è loro ordinario. Così nelle cadute dell' intestino retto il medesimo mezzo è seguito benpresto dal resultato medesimo. Una semplice fascia basta sempre per esercitare questa compressione. S' inviluppa esattamente il tumore di giri spirali, da principio poco ristretti, de' quali si accresce gradatamente la costrizione a misura, che le parti si abbassano per la diminuzione della enfiagione, e colla precauzione di lasciar sempre un' apertura sufficiente al passaggio delle materie. Sette in otto giorni dell' impiego di

questo mezzo, comunemente bastano per ottenere l' effetto, che se ne desidera, e nell'ammalato del quale riporteremo l' osservazione, il rilassamento è stato grande abbastanza il quarto giorno per fare la riduzione delle parti.

27. Non è solamente l' enfigione della porzione inguainata, che è sembrata ai pratici una contraindicazione alla riduzione di essa; molti ànno supposto, che l' intestino esca dall' addome nel suo stato ordinario, e che non è la sua estremità, che aderisce alla ferita: da ciò il timore d' una effusione di materie fecciose nella cavità addominale, se è sortita la porzione superiore; di mucosità, se l' inferiore. Ma ciò che abbiam detto (5) sullo stato delle parti nell' ano contro natura; risponde abbastanza a questa obiezione, ed è inutile arrestarvisi.

27. Il numero, e la profondità delle adesioni interne, che alcuni ànno supposto costanti, sono forse un ostacolo più serio? Nò: poichè supponendo l' esistenza di queste adesioni, che non è presso a poco sempre reale, qual vantaggio può nascere di lasciare così al difuori la porzione dell' intestino? Non se ne vede alcuno. L' uscita delle materie non ne sarà meno facile: al contrario esse saranno più soggette ad essere intercettate, e ne resulteranno delle conseguenze più, o meno incomode per l' ammalato.

29. Aggiungete a queste considerazioni quella degli accidenti, conseguenze frequenti dell' inguainamento dell' intestino nell' ano contro natura, accidenti esposti (19), e vedrete che in tutti i casi, qualunque sieno il volume, e l' antichità della porzione d' intestino sortita, qualunque sia la forma sotto la quale la medesima si presenta, la sana pratica comanda, di rimetterla nel basso ventre, e di contenervela col semplice mezzo indicato (25), sempre facile a procurarsi.

30. Tale è in generale la cura palliativa degli ani contro natura, che quando l' intestino è ridotto, non esige, che un insieme di cura di dettagli più nojosi, e defaticanti, che difficili per l' ammalato.

§. II. *Della cura radicale*.

Molti pratici non si sono contentati di questi soccorsi palliativi; ànno tentata la cura radicale, seguendo in ciò la via, che in più casi la natura à sembrato additargli Infatti numerose osservazioni insegnano, che le materie stercoracee ànno spesso ripreso il loro corso naturale, dopo aver colato anche per molti mesi, per la piaga del basso ventre in seguito delle operazioni di ernie. Queste osservazioni comuni, in generale, ne' casi in cui la

lesione dell' intestino è senza perdita di sostanza, non sono ancora rarissime, quando la cancrena ne à distrutta una porzione più, o meno considerabile. L'opere di Petit, di Pott, di Ledran, i giornali de' dotti, le memorie di diverse società di chirurghi ce ne forniscono degli esempi.

31. I tentativi de' pratici per la cura radicale, formano una serie di metodi, che essendo più, o meno insufficienti, non ànno mai completamente adempito al loro scopo. Alcuni ànno proposto di riunire al difuori le due porzioni dell'intestino, fissandole col metodo di Rhamdor, e di ridurle in seguito, quando avessero contratte delle aderenze sufficienti. Ma l'inguainamento dell' intestino, ignorato senza dubbio da quelli, che ànno proposto questo metodo, vi è un evidente ostacolo. Molti l'ànno sentito, ed ànno ridotto i casi ne' quali la cura radicale è possibile a quello in cui l' intestino fosse nel basso ventre, e dove esistesse solamente una fistola esteriore: allora essi ànno proposto di escoriarne i bordi per mezzo del càustico, o dello strumento tagliente, affine di ottenerne in seguito la riunione col mezzo di alcuni punti di cucitura. Era questo il progetto di Lecat, in una circostanza in cui l' intestino faceva prominenza al difuori. Egli volle preliminarmente ridurlo; ma i sforzi più conside-

rabili non vi poterono giungere, e l'ammalata insanguinata ricusò di prestarsi a de' nuovi tentativi. La chirurgìa Tedesca ci offre alcune osservazioni, in cui questo metodo è stato inpiegato, e dove è stata ottenuta la riunione; è stata, è vero, ottenuta; ma la piaga si è ben presto riaperta, la cicatrice lacerata, e formato nuovamente l'ano contro natura.

32. La dieta rigorosa proposta come mezzo di cicatrizzare l'apertura, impedendo il passaggio delle materie, può offrire al più qualche vantaggio, ne'primi istanti della formazione di quest'apertura, in seguito dell'operazione dell'ernia. In questo caso essa è sempre incomoda inutilmente, ed anche pericolosa per l'ammalato.

33. L'indicazione generale, che presenta la cura radicale dell'ano contro natura è: 1. di ridurre l'intestino nel basso ventre, quando n'è sortito per l'inguainamento; 2. di supplire in una maniera qualunque al difetto di continuità delle pareti addominali, affine d'impedire con ciò l'uscita delle materie per la fistola, di forzarle a passare verso l'ano, di abituarle a questa via, di dare la facoltà di chiudersi all'apertura esteriore, la di cui cicatrice rimpiazza allora la porzione d'intestino, che è stata distrutta; 3. di distruggere gli ostacoli interni, che potrebbero opporsi al

passaggio delle materie verso l'estremità inferiore del tubo intestinale.

34. Abbiamo veduto (26) i mezzi di sodisfare la prima indicazione, anche nel caso più difficile, che è quello del ingrossamento delle pareti dell'intestino. La sperienza à provato da un altro lato, che la seconda non può esserlo sicuramente per mezzo di punti di cucitura. Il miglior mezzo di sodisfarvi, è di collocare nella apertura una specie di otturaratore, il turacciolo di pannolino, del quale abbiamo parlato (25) trattando de' mezzi di prevenire il rovesciamento dell'intestino. Esso in questo caso adempie al doppio scopo di opporsi a questo rovesciamento, e di turare esattamente la fistola, d'impedire che le materie sortano, e di forzarle a dirigersi verso l'ano. Si è rimproverato a questo mezzo, di essere anche esso un ostacolo alla guarigione, che con esso si vuole ottenere, perchè la sua presenza tra i bordi della fistola impedisce il loro ravvicinamento. Ma di che si tratta egli prima d'ogni altro? Di abituare le materie a passare per le loro vie ordinarie. Or quando voi avrete sodisfatto a questo scopo, chiudendo il passaggio artificiale, levate il turacciolo di fila, e continuando le materie a scorrere verso l'ano, l'apertura si chiuderà spontaneamente. Il turacciolo otturatore dunque non concorre alla guarigione, che secondariamen-

te; esso non è che mezzo accessorio. Il suo uso in questo luogo è di determinare il corso delle materie a basso; ma non potrà sodisfarlo, se incontrasi un ostacolo interno: bisogna dunque preliminarmente superar questo ostacolo; ed è questa la terza indicazione.

35. I mezzi di sodisfare a questa indicazione variano secondo la natura dell'ostacolo. Il più ordinario è l'angolo formato dalle due porzioni dell'intestino (6); bisogna ingrandirlo, renderlo meno acuto, perchè le materie passino. Vi si giungerà per mezzo di lunghi stuelli di fila, che introdotti, e fissati ne' due capi dell'intestino, cambieranno a poco a poco la loro direzione, ravvicinandola ad una sola, e medesima linea retta. Lo stesso mezzo dilaterà l'estremità superiore della porzione d'intestino corrispondente al retto; l'aria, e le materie fecciose per conseguenza, potranno impegnarvisi, e dilatare successivamente il resto del canale.

36. Quando la dilatazione sarà sufficiente, e l'angolo interno sarà quasi cancellato, sopprimete i lunghi stuelli introdotti nell'intestino; limitatevi all'uso dell'otturatore, colla precauzione di non avanzarlo troppo; perchè allora esso stesso formerebbe ostacolo al passaggio delle materie. Si dee sperar tutto da questo mezzo, quando è adoprato metodicamente; i suoi buoni effetti si annunziano per

mezzo de' gorgogliamenti nel ventre, spesso per le leggiere coliche; l'ammalato prima d'ogni altro manda fuori alcune ventosità per l'ano; benpresto cominciano a passarvi le materie. Se la loro uscita è difficile, o non si fa; se le colice diventano violente; gl'intestini si riempiono in alto, sopprimete l'otturatore; cercate d'onde nasce l'ostacolo; distruggetelo prima d'ogni altro. Vi è in questo mezzo un vantaggio, che non si à, riunendo per mezzo della cucitura i bordi della fistola, di potere cioè essere cambiato, o continuato, secondo gli effetti, che ne risultano, di essere in tutt'i casi incapace di nuocere, e di avere al più l'inconveniente d'essere inutilmente tentato in certe circostanze. Queste circostanze saranno principalmente; 1. quando l'intestino avrà sofferto una gran perdita di sostanza; 2. quando l'angolo interno (4) sarà troppo acuto, e per conseguenza troppo difficile ad essere raddrizzato; 3. quando una delle due porzioni dell'intestino avrà contratte delle adesioni al di fuori, e non potrà essere ridotta, come se ne vedrà un esempio più abbasso. Il caso più favorevole è quello di lesione senza perdita di sostanza, quello in cui esiste una semplice apertura fistolosa; ma si può egli costantemente distinguere questo caso da' primi? Che importa bisogna tentar sempre la cura radicale.

37. D'altronde noi abbiamo osservato, che supponendo ancora, che non si abbia in vista che la cura palliativa, l'uso del turacciolo otturatore è il più comunemente indicato, per opporsi al rovesciamento dell'intestino, e far dimorare assai lungo tempo gli alimenti, per nutrir l'ammalato. Era questo similmente il solo vantaggio, sopra il quale Desault aveva da principio contato, impiegandolo; ma il successo oltre speranza, che ne à ottenuto l'ammalato dell' osservazione, che ora riporteremo, ingrandì le sue viste, mostrandogli la possibilità di guarire, almeno qualche volta, una malattia riguardata sin quì come superiore alle risorse dell'arte. Questa osservazione, che è una delle più importanti tra quelle, che sono state pubblicate da lungo tempo, offrirà il quadro de' dettagli particolari della cura, su i quali noi abbiamo dato una rapida scorsa.

Osservazione I.

Francesco Vialter, nativo di Moulins, fu ferito da uno scoppio di bomba, il mese di Maggio 1786., a bordo del vascello San Michele, sopra il quale egli serviva da marinaro. Perdè la conoscenza, e non si riebbe dal suo svenimento, che tre ore dopo la battaglia. La sua ferita stendevasi, come disse,

da due pollici al di sopra dell'anulo inguinale del lato destro sino al basso dello scroto, dove il testicolo era a nudo. Si osservava nell' angolo superiore una specie di appendice molto rossa, lunga un pollice, formata dall'intestino diviso, il quale si ritirò nel ventre, nel tempo che lavavasi la ferita. L'apparecchio applicato sulla ferita, lasciava in questo luogo un foro, per lo scolo delle materie.

Una fregata incaricatasi di questo marinaro, lo depose un mese dopo il di lui accidente allo spedale della marina di Brest, dove rimase sino alla dilui guarigione, se si può chiamar *guarigione* uno stato in cui conservavasi fuori del ventre una porzione d'intestino, d'onde uscivano continuamente degli alimenti mezzo-digeriti.

Questo infelice, allora riformato, come fuori di stato di servire, si ricondusse a piede alla sua patria benpresto, vedendo che la sua famiglia non gli presentava alcuna risorsa, e che la fatica del viaggio aveva allungato considerabilmente l'intestino, percorse i principali spedali dell'Europa, cercando in vano qualche mitigazione all'orrore della situazione in cui era. Dopo avere in talmodo vagato per quattro anni, venne alla fine all'Hôtel-Dieu di Parigi il dì 29. Settembre 1[illegible]

La porzione d'intestino pendente al difuori

da lungo tempo, aveva acquistato un volume considerabile. La sua figura era presso a poco quella di un cono alto nove pollici, la di cui parte media aveva molta prominenza al davanti La sua base, alquanto ristretta, usciva dal disotto d'una piegatura della pelle, un poco al disopra dell'anulo inguinale: la sua cima, rivolta al di dietro, e scendendo sino al di mezzo delle cosce, terminavasi con un orificio strettissimo, per dove scorrevano le materie fecali. Esso non mandava fuori niente di simile per l'ano, fin dal momento della ferita. Nulladimeno andava al cesso ogni tre o quattro mesi, per cacciar fuori un poco di materia bianchiccia, e consistente, che non era altro che la mucosità fornita dalla porzione d'intestino vicina all'ano. Tutta la superficie di questo tumore era rossa, e crespa, come la membrana interna intestinale. Si osservavano sopratutto alla sua parte inferiore, delle rugosità che sembravano essere di quelle piegature valvulari, che forma la membrana interna degl'intestini. Al lato esterno di questa massa, vedevasi uscire per la stessa apertura addominale, un altro piccolo tumore, ma simile al primo per il suo colore, e la sua consistenza. Quest'ultima aveva una forma ovale, e la sua estremità piegata come una borsa da gettoni non lasciava sortire che un poco di serosità. Questi tumori avevano

un movimento peristaltico, simile a quello degli intestini, ed alcune gocce d'acqua bastavano per farli ritirare in se stessi.

Questo disgraziato giovane, grande, forte, e ben costituito, quantunque di una macie estrema, era forzato da stiramenti violenti, che provava nel basso ventre, a stare incurvato a segno da non poter camminare, che appuntellandosi, per dir così, contro due grucce. Un vaso di terra attaccato alla di lui cintura con una corda, e pendente tra le sue cosce, riceveva l'estremità dell'intestino, e le materie in poco tempo vi acquistavano un fetore insopportabile.

Si riconobbe che il tumore principale era formato della porzione dell' intestino, corrispondente allo stomaco, inguainato, se oso così esprimermi, e rivolto sopra se stesso, in modo da non presentare all'esteriore, che la sua faccia interna. Si riconobbe ancora, che il piccolo tumore era la parte inferiore dell'intestino similmente inguainato, e che i bordi della divisione di questo canale, erano aderenti all'apertura delle pareti del basso ventre, e confusi ed agglutinati con essi pér mezzo d'una cicatrice comune.

L'aflusso degli umori attirati in questa parte, tanto per la sua disposizione particolare, che per l'irritazione continua, che vi producevano, l'accesso dell'aria, le confricazioni, e

sopratutto le materie fecali, ne avea addensate, ed indurite le membrane a segno, che sarebbe stato più che temerario il tentare la riduzione d'una massa simile, se la sperienza non avesse insegnato ciò che può la compressione, in simili circostanze. Desault per assicurarsi della efficacia di questo mezzo, nel caso particolare, che presentavasi, compresse il tumore per alcuni minuti, abbracciandolo colle due mani: e la diminuzione di volume, che ottenne, gli presagì quel che poteva aspettare da un mezzo compressivo più esatto, e sostenuto per uno spazio di tempo conveniente.

Impiegò per questo effetto una semplice fascia, colla quale coprì da basso in alto con de' giri spirali alquanto stretti, tutta l' estensione del tumore, lasciando solo alla sua cima l' apertura necessaria al passaggio delle materie. L' effetto di questo mezzo fu pronto: poichè sin dalla sera del medesimo giorno si fu obbligato a rifare la fasciatura, che già non comprimeva più. Si rinnovò medesimamente i seguenti giorni, a misura che il tumore diminuiva, e dopo il quarto giorno l' intestino non aveva che il suo volume naturale. Desault allora giudicando possibile la riduzione, fece sollevare il tumore perpendicolarmente all' apertura del basso ventre, e con un dito portato su l' orificio, mentrechè l' altra mano premeva leggiermente, per impedire alle

parti d' uscir nuovamente, sviluppò l' intestino, facendolo rientrare in se stesso, e per conseguenza nel basso ventre. Si fece lo stesso per la riduzione del piccolo tumore, che allora non presentava veruna difficoltà.

Era molto senza dubbio, in un caso tanto grave, d' aver liberato l' ammalato da un tumore sì imbarazzante, e di averlo messo al coperto dagli accidenti terribili, che potevano ad ogni momento risultarne. Ma rimaneva un incomodo assai molesto, cioè l' uscita continua degli escrementi. Si oppose a questa uscita un semplice turacciolo formato da un grosso inviluppo di pannolino, lungo tre pollici, introdotto nell' intestino, e sostenuto da una fasciatura inguinale. Desault si proponeva di togliere questa specie di turacciolo due volte il giorno, per lasciare sortire le materie: ma dietro alcuni gorgogliamenti accompagnati da un sentimento di calore vivissimo l' ammalato mandò fuori per l' ano delle ventosità, presagio felice di ciò che era per succedere. Sopravvennero ben presto delle coliche, e de' bruciori dolorosi nell' intestino retto, che obbligarono l' ammalato a presentarsi al comodo: non fu ciò in vano: cacciò fuori per l' ano e senza sforzo una mezza libbra di materie fluidissime, simili a quelle che si evacuano doppo una indigestione. Quest' uomo ebbe ancora nella notte seguente otto scariche della

natura stessa della prima, tutte precedute da leggiere coliche, da tenesmo, e da bruciori nell' intestino retto, che non era più abituato alla presenza degli escrementi. Il giorno appresso l' ammalato era abbattuto, come si è ordinariamenre doppo una diarrea. Le dejezioni furono egualmente frequenti, ed i bruciori minori ne' tre seguenti giorni. Le materie presero consistenza: questa si aumentò giornalmente, ed il numero delli scarichi si scemò nella stessa proporzione.

Il turacciolo di pannilini che si riteneva nell' intestino, fu soppresso l' ottavo giorno, e si chiuse solamente l' apertura esteriore con una faldella di fila sostenuta da piumacciuoli sopra i quali si collocò il cuscinetto largo, e piatto d' una fasciatura elastica. Questo mezzo bastò per chiudere il passaggio alle materie, che continuarono a passare in totalità per l' intestino retto.

Il giovine si raddirizzò ben presto, riprese forze, ed anche una grassezza considerabile, quantunque non mangiasse più d' un terzo degli alimenti che prima prendeva. Per due mesi interi che fu tenuto allo spedale, affine di avverare più solidamente una guarigione tanto straordinaria, mandò fuori sempre degli escrementi simili a quelli d' un uomo sano, e non provò mai il minimo incomodo. Si fece più volte esaminare nell' anfiteatro da' Chirurghi

che seguivano le lezioni di Desault, e la maggior parte de' quali non l' aveano perduto di vista dopo il di lui arrivo: non si trovò mai altro che un leggiero trapelamento sieroso, che inzuppava senza tingerla, una piccola porzione delle fila situate sull' apertura fistolosa del basso ventre.

Questo ammalato uscito in seguito dall' Hôtel Dieu, à viaggiato per cinque mesi, facendo perfettamente bene tutte le sue funzioni, evacuando i suoi escrementi per le vie ordinarie, abbandonandosi ancora ad esercizj violenti.

Un giorno che volle tentare di sollevare una botte, quale aveva scommesso di mettersi sopra le spalle, la fasciatura si ruppe, e come non sentiva verun dolore, fece poca attenzione a questo accidente, e terminò di guadagnare la sua scommessa. In seguito camminò per due ore dopo essersi fatta una cintura del suo fazzoletto. L' intestino allora impegnossi nell' apertura del basso ventre, che sussisteva ancora, e sortì circa sei pollici fra lo spazio d' un' ora che quest' uomo mise per ricondursi al suo alloggio a piedi. Dopo avere tentato esso stesso di farlo rientrare, chiamò de' Chirurghi i quali fecero ancora de' tentativi inutili (era il dì 4. Marzo.) Allora partì per Parigi in una carretta, il movimento della quale non potè sopportare, e fu obbligato di marciare a

piedi, con un vaso tra le cosce per ricevere le materie. L' ingorgamento, ed il dolore lo forzarono ad arrestarsi in tutti gli Ospedali che incontrò per la strada. Finalmente arrivò all' Hôtel-Dieu di Parigi il 31 Marzo. Il giorno appresso fu salassato, perchè soffriva, ed il polso indicava la pletora. Il tumore era ugualmente duro, un poco meno voluminoso, di quando si era presentato la prima volta sei mesi avanti. S' impiegò, come erasi fatto allora, la compressione, che venne continuata sei giorni. E' probabile nulladimeno, che sì fosse potuta fare la riduzione più presto; ma non si volle tentarla, che dopo avere reso alle parti tutta la loro pieghevolezza naturale. Allora si fecero rientrare senza sforzo, e furono contenute con una faldella di fila, e con de' grossi piumacciuoli, sostenuti da una fasciatura elastica. Un deliquio, indi delle nause, e de' vomiti biliosi sopravvennero immediatamente alla riduzione dell' intestino. Questi accidenti non allarmarono punto, ed a capo di due ore cessarono, indi delle coliche, de' gorgogliamenti, e de' bruciori nell' intestino retto, che precederono una scarica copiosa, e molto liquida. La notte, ed il giorno seguente, ebbe una specie di diarrea, che si calmò il secondo giorno. Le materie cominciarono allora a prendere consistenza: ben presto fu interrotta la loro uscita per l' apertura del bas-

so ventre; esse sortirono nuovamente per l' ano, e dopo poco tempo le cose ritornarono allo stato loro ordinario.

Osservazione II.

Vi era nel tempo stesso all' Hôtel-Dieu un uomo, che portava da undici anni un ano contro natura in seguito d' un' ernia scrotale, il di cui strangolamento erasi terminato colla cancrena. La porzione dell' intestino corrispondente allo stomaco era ugualmente inguainata, e formava al di fuori una prominenza, o protuberanza di tre pollici: l' altra porzione dell' intestino non compariva. Questo ammalato era emaciato, e debole, quantunque divorasse una prodigiosa quantità di cibi, perchè gli evacuava prima di averli perfettamente digeriti, ed è perciò forse che ei preferiva gli alimenti di difficile digestione, e sopratutto l' insalata. Esso era pusillanime all' estremo. Incoraggito nulladimeno alquanto da' discorsi del marinaro, e dalla guarigione che era poco prima passata sotto i di lui occhi, pregò Desault a curarlo ancora. Il caso di quest' ultimo era ben differente, poichè un capo d' intestino vicino alla porzione che compariva al di fuori, caduta anticamente nelle borse, vi era attaccata; disposizione tanto più sfavorevole, perchè non potevasi fare compressione sopra l' apertu-

ra dell' intestino, senza comprimere nel tempo stesso questo capo. Si ridusse non ostante la parte inguainata dell' intestino e si chiuse la sua apertura con un turacciolo di pannolino mantenuto da un brachiere. Diciotto ore dopo l'ammalato provava de' gorgogliamenti, ed alcune leggiere coliche. Allora atterrito, levò l' apparecchio, ed abbandonò il progetto di farsi guarire.

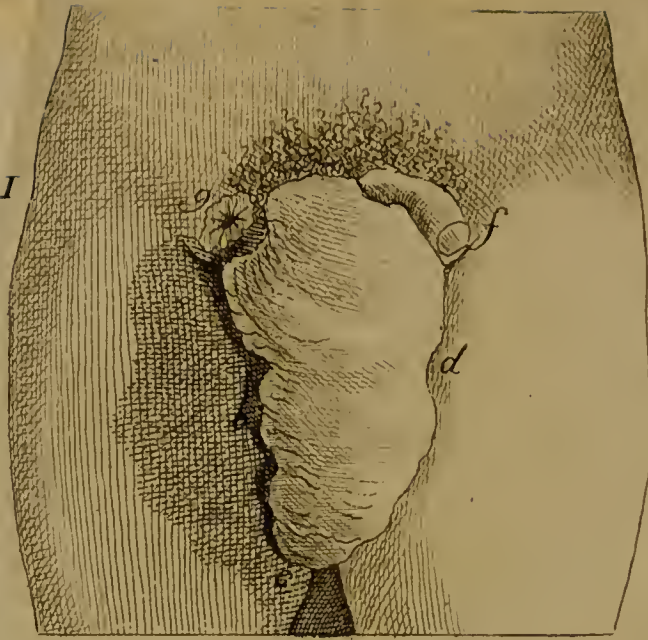
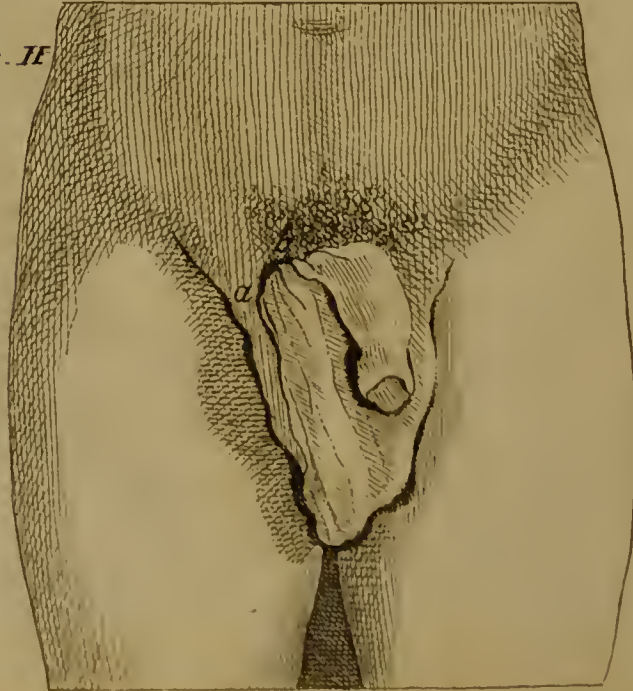
Questo tentativo per leggierissimo che fosse, parve nulladimeno di aver prodotto un effetto sensibile. Quest' uomo che prima non evacuava, ehe ogni quattro mesi, le mucosità biànchicce dell' intestino, fu obbligato in quel giorno ad andare due volte al comodo, ed evacuava ogni volta tanto di tali materie, quanto ne deponeva quando gl' intèrvalli tra queste specie di evacuazioni, erano lunghissimi. La stessa cosa accadde per otto giorni di seguito. In appresso gl' intervalli furono di un giorno, poi di due, di quattro ec., e nel momento in cui per la prima volta fu pubblicato questo fatto, era un mese che egli non avea deposte tali mucosità.

38. Non vi è senza dubbio alcuna conseguenza da tirarsi da questa ultima osservazione: ma importa forse ai progressi dell' arte il raccogliere tutti i fatti relativi ad una malattia sì poco conosciuta, sopratutto quando questi fatti sono stati pubblici, e non può muo-

ig. I

g

f

d

versi alcun dubbio nè su la loro autenticità, nè su la loro esattezza.

39. La pubblicazione delle osservazioni precedenti nel 1791., animò i sforzi de' pratici per verificare la dottrina allora esposta da Desault nel di lui giornale. Molti ebbero felici resultati. Alcuni ànno mancato di successo, forse per mancanza di quell' insieme di cure, di dettagli, sì necessario in questo caso; forse per la natura medesima del caso, che si è loro offerto. Ecco ciò che il citato Noel scriveva a Desault.

Osservazione III.

« Le vostre riflessioni sopra gli ani contro natura mi sono sembrate sì giuste, ed i vostri consigli sì utili, che gli ò immantinente posti in uso. Io avevo allora all' Hôtel-Dieu di Rheims un' infelice padre di famiglia, che era da qualche tempo affetto da questa crudele malattia, egli à cominciato a deporre le materie per l' ano il quinto giorno; dopo questo momento non vi è stata interruzione straordinaria, ed è pronto ad uscire perfettamente guarito.

Spiegazione della Tavola quinta.

Fig. I. Ano contro natura descritto nellla Osservazione I.

a, *b*, *c*, *d*, *e*. Tumore principale formato dalla porzione superiore del tubo intestinale inguainato.

a, *e*. Collo della base del tumore.

b. Rugosità della membrana interna divenuta esterna.

c. Sommità del tumore d'onde uscivano le materie.

e, *f*. La verga rispinta infuori dal tumore.

Fig. II. Stato delle parti dopo la guarigione.

ab. Ripiegatura della pelle formante una specie di valvula innanzi l'apertura del basso ventre, rimasta fistolosa.

MEMORIA

Sopra l' operazione della fistola dell' ano.

Articolo Primo.

Riflessioni generali. Paralello tra la legatura, e l'incisione.

1. Vi sono poche malattie, il di cui trattamento sia stato soggetto a più variazioni di quello delle fistole dell'ano. Ogni età à avuti i suoi metodi, ogni pratico le sue maniere d' operare. Il cauterio attuale, o potenziale, le injezioni, la dilatazione, la compressione, la legatura, l'incisione, la recisione, impiegate a vicenda, ànno regnato ciascuna per ,uu certo tempo, sulla scena della pratica. Infine la sperienza à fissato il rango, che esse dovevano occuparvi. L'une quasi obliate non figurano più, che nella storia de' nostri errori; l'altre sono rimaste sostenute da' successi, che se ne sono ottenuti. A che servirebbe esporre le prime? Esse non avrebbero quì niente di nuovo, essendo state ritracciate cento volte. Limitiamoci all'esame delle seconde, che sono le so-

le, che Desault abbia ingrandite colle sue scoperte. Noi andiamo ad occuparci della legatura, e della incisione.

2. La legatura, e l'incisione in questi ultimi tempi sono state l'oggetto delle discussioni de' pratici, sulla preferenza rispettiva, che loro è dovuta. Gli uni ànno esagerato per la prima alcuni vantaggi, che gli altri ànno troppo preconizzati per la seconda. Deesi tra di essi tenere la via di mezzo, e se la legatura conviene spesse volte, l'incisione è ancora spesso necessaria. Tracciamo i loro rispettivi limiti nel di loro paralello.

3. E' attribuita alla legatura una somma di dolori poco considerabile. Un dolore vivo, ma fuggitivo accompagna l'incisione. In questa le medicature non sono dolorose; in quella l'ammalato soffre sempre più, ò meno ogni volta, che si stringe il filo. L'una non esige, lo stare in letto: egli può, durante il trattamento, attendere ai suoi affari: dietro l'altra è sempre necessario un riposo più. o meno lungo. La prima espone meno gli ammalati alla febbre, ed agli accidenti consecutivi: la seconda assicura una guarigione più pronta.

4. La legatura conviene; 1. ne' soggetti abitualmente esposti alla diarrea; 2. in quelli, che sono deboli, cachettici, che una lunga suppurazione rifinirebbe: suppurazione che in

questa sempre si evita, perchè a misura che il piombo taglia le parti del lato dell'ano, la cicatrice si fa dal lato opposto, in maniera che dopo la caduta della legatura, non rimane che un trasudamento di materia poco abbondante; 3. in quelli che si trovano ne' luoghi umidi, malsani, dove le ferite prendono spesso un cattivo carattere: tali sono, per esempio, i grandi spedali; nelle stagioni in cui la cancrena umida vi esercita i suoi guasti, affezione tanto più pericolosa in questo caso, perchè lo sfintere da essa distrutto, lascia una incontinenza d'urina; 4. in quelli che i loro affari impediscono di disporre del loro tempo, che non potendo spesso essere visitati dal loro chirurgo, sono obbligati a medicarsi da loro medesimi; 5. quando s'incontrano nelle parti da dividersi alcuni vasi considerabili; 6. la sola legatura dee essere impiegata, quando un orrore invincibile allontana dallo strumento tagliente. Desault à guarito col mezzo della legatura un'uomo, che da principio avea voluto operare colla incisione, e che essendo situato nell'attitudine conveniente, fu subitamente attaccato da una orripilazione, che obbligò ad aspettare il giorno appresso e cambiar metodo. L'incisione è indicata esclusivamente nelle fistole complicate, dove vengono a terminare un gran numero di seni, in quelle nelle quali s'incontra-

no molte callosità, dove esiste un denudamento considerabile sia alla pelle, sia all'intestino.

5. Qualchevolta le due operazioni debbono esser riunite. Desault operando un giorno per incisione una profonda fistola, sentì col dito portato nella ferita un'altro seno con denudamento dell' intestino, sopra la superficie del quale serpeggiavano de' vasi considerabili: la loro lesione avrebbe potuto divenire pericolosa, se si fosse aperta questa nuova sinuosità. Egli ne fece la legatura: ed a capo di poco tempo, l'intestino fu con questo mezzo diviso, e la fistola guarì.

6. Quando non s'incontra alcuna delle circostanze precedenti (3. 5), la legatura, o l'incisione sono assai indifferenti. Per la certezza della guarigione i resultati sono i medesimi, e sarebbe difficile il fare una scelta esclusiva, Desault le impiegava alternativamente, e spesso il solo motivo della sua determinazione, era di mostrare agli allievi l'operazione in due metodi differenti.

Articolo Secondo

Operazione per mezzo della legatura.

7. Le fistole dell' ano rappresentano delle varietà che determinano delle modificazioni

essenziali nel metodo operativo. Queste varietà sono relative sopratutto allo stato dell'intestino. Infatti esso ora presenta ai nostri strumenti un'apertura per dove la legatura dee passare: ora bisogna che sia aperto con questi strumenti medesimi, affine di rendergli libero il passo. Il primo caso comprende le fistole complete, la di cui apertura interna non à al disopra di essa una porzione d'intestino denudata. Nel secondo si collocano; 1. le fistole esterne dove l'intestino e denudato senza essere aperto; 2. quelle, nelle quali s'incontra al disopra dell' apertura un denudamento considerabile. Infatti è evidente, che se in quest' ultima circostanza, si passasse la legatura per l'apertura già esistente, potrebbe, dopo la guarigione formarsi un deposito purulento dirimpetto il luogo denudato, e dar luogo ad una nuova fistola. Esaminiamo il modo operativo di Desault nell'uno, e l'altro caso.

§. I. *Del modo operativo nel caso in cui non è necessario il perforamento dell'intestino.*

OSSERVAZIONE I. (*Raccolta da Bouillaud*).

Prudenza Huguet di 32. anni, ebbe nel mese di Novembre 1790., un deposito vicino al margine dell' ano, in seguito di un

parto laborioso. Essa fu curata all'Hôtel-Dieu coll'incisione del tumore, e l'applicazione de' cataplasmi emollienti. L'intestino non si trovò denudato. Le durezze, ed il dolore si dissiparono prontamente, e la suppurazione diminuì a segno che l'ammalata si credè guarita, ed uscì dallo spedale il decimo giorno, malgrado le rappresentanze del primo Chirurgo. Questa donna sei mesi dopo ritornò con una fistola completa, la di cui apertura esterna trovavasi al davanti, e a destra, ad un pollice e mezzo dal margine dell'ano, nel luogo medesimo dove si era incisa la pelle; e l'apertura interna, alla profondità di un pollice, nell'intestino retto. L'intestino non era denudato neppure a quest'epoca; ma sentivansi delle durezze, che occupavano la metà della sua circonferenza, e si estendevano sulla fessura lungo il tragitto fistoloso, e molto al di là della sua apertura esterna. Vi erano de' dolori vivi, ed anche un poco di febbre, che il regime antiflogistico, e l'uso del cataplasma emolliente ben presto dissiparono, accrescendo la suppurazione. Quasi tutte le durezze si sciolsero nel tempo stesso, in modoche l'ottavo giorno non si estendevano più che a poche linee dal seno fistoloso. Questo momento parve favorevole per l'operazione, che si eseguì il giorno medesimo nella maniera seguente.

Essendo l'ammalata coricata sopra il lato in cui era la fistola, colla coscia sinistra alquanto piegata, e le natiche scostate da un ajuto; il Chirurgo introdusse il dito indice sinistro nell'ano, portò colla mano destra una tenta (*Tav. IV. fig.* 2.) nell'apertura esterna della fistola, ed avanzandola pian piano, la fece penetrare per l'apertura interna, nella cavità dell'intestino retto, e contro il dito. Allora portò la cannula (*Fig.* 3.) sopra la tenta, e il dito situato nell'intestino retto, servì a ricondurre al difuori per l'ano l'estremità dell'una, e dell'altra; ciocchè la disposizione del tragitto fistoloso, e la situazione dell'aperture rendevano facile, e poco doloroso. In seguito il Chirurgo ritirò la tenta, per sostituirgli un filo di piombo. Ritirò similmente la cannula, ritenendo il piombo, che rimase in tal modo nel seno fistoloso. Ravvicinò le estremità di questo piombo, e le introdusse nella cannula (*fig.* 9.), che avanzò sino alla vicinanza dell' apertura esterna della fistola. Ripiegò i capi del piombo ciascuno dal suo lato, nell'eccisure 10. (*fig.* 10.) della cannula, e li tagliò alla lunghezza d'una linea, e mezzo. In fine situò da' due lati delle piccole faldelle di fila, per difendere le parti vicine.

Questa legatura non avea causato dolore; essa non impediva l'ammalata di cammina-

re. Si credè similmente inutile di sottoporla ad un regime particolare. Si fu contenti ne' primi giorni di mantenere la polizia, e rinnovare le faldelle, quando erano inzuppate dalla suppurazione, ed umidità della parte.

Il terzo giorno la legatura erasi rallentata: venne ristretta, tirando uno de' capi del piombo mentrechè ritenevasi l'altro nella eccisura della cannula. Si ripiegò questo capo, e venne tagliato come la prima volta. Si ristrinse nuovamente questa legatura nella stessa maniera ogni tre, o quattro giorni sino al ventunesimo, che le parti comprese nella legatura si trovarono tagliate in totalità. Rimase allora un piccol taglio, che venne mantenuto per tre giorni, situando poche fila tra i suoi bordi per timore, che non venissero a riunirsi prima che il fondo della piaga fosse cicatrizzato. La donna uscì dallo spedale perfettamente guarita cinque giorni dopo la caduta della legatura.

De' casi ne' quali la fistola è profonda.

OSSERVAZIONE II. (*raccolta da J. B. J. Boulet*).

Una donna per nome Froment, di 43. anni, venne all'Hôtel-Dieu il dì 4. Dicembre 1789., per una fistola, che portava da sei anni, e che

era sopravvenuta in seguito di un deposito cagionato da una contusione. L'apertura esterna piccolissima, era situata sulla natica destra, alquanto al di dietro, e ad un pollice dal margine dell'ano; e l'interna più grande a due pollici e mezzo di profondità nell'intestino retto. L'intestino era denudato in tutta questa estensione, e il seno fistoloso circondato di durezze; ma la pelle era sana. La marcia usciva più abbondantemente per l'apertura interna, che per l'esterna.

Come questa donna non avea altro incomodo, non fu preparata all'operazione, che votando l'intestino retto per mezzo di un lavativo semplice, alcune ore prima di praticarla.

Quest'ammalata fu situata come quella dell'osservazione precedente, e lo specillo introdotto nella stessa maniera; ma come l'apertura interna era troppo alta, perchè si potesse ricondurre la cannula al difuori, senza causare dolori vivissimi, si seguì un processo differente per il resto dell'operazione.

Il Chirurgo dopo avere portato lo specillo nella cavità dell'intestino, ritirò il dito, per introdurre in sua vece la molletta (*fig.* 5.), intonacata leggiermente di unguento cereo, e che teneva serrata per timore di ferire l'intestino retto, per mezzo della prominenza *a* che fa il ramo *a b*, quando lo strumento è aperto. Per-

messe in seguito alle branche dell' istrumento di discostarsi, abbandonandole all'azione della molla *r*. Lo specillo fu introdotto nella apertura *f g*, resultante dall'allontanamento delle branche suddette, e spinto sino al fondo cieco *f*. Allora un ajuto introdusse la cannula, le di cui estremità, guidate dallo specillo, collocaronsi da se stesse sopra i lati della fessura. Lo specillo destinato unicamente a guidre la cannula, diveniva allora inutile: l'ajuto lo ritirò; per passare al suo posto il filo di piombo nella cannula, che il Chirurgo aveva cura di tenere ben perpendicolare alla larghezza della molletta: precauzione senza della quale il capo del piombo invece d'insinuarsi nell' apertura, sarebbesi arrestato sopra uno de' suoi lati. Siccome il filo di piombo non avea che circa tre linee di lunghezza di più della cannula, si percepì facilmente, per quello che ne restava al di fuori, che esso era penetrato nella fessura. Nulladimeno per assicurarsene maggiormente, l'ajuto tirò leggermente l'estremità, che restava al di fuori, mentrechè il Chirurgo teneva la molletta serrata: la resistenza fece evidentemente conoscere, che il piombo era preso. Allora dopo avere avanzato la molletta alcune linee, per timore che il piombo, ripiegandosi sul lembo dell' apertura fistolosa, non lacerasse l'intestino, si ritirò questa molletta, nel tempo medesimo, che ritiravasi la

cannula per l'apertura esterna della fistola. Uno de' capi del piombo, fu in tal modo ricondotto per l'ano colla molletta, e l'altro restò fuori dell'apertura esterna, in maniera chè questo filo formava un'arco, che comprendeva tutto il tratto fistoloso. In seguito ne furono similmente ravvicinati i capi, e fissati nella cannula nella stessa maniera dell'osservazione prima.

Quantunque la fistola avesse molta profondità più che la precedente, la guarigione fu quasi ugualmente pronta. La legatura cadde il venticinquesimo giorno. Restò in questo come nella prima ammalata una fessura, che tardò anche dieci giorni a cicatrizzarsi, perchè il Chirurgo ajutante, incaricato della medicatura, trascurò d'introdurre delle fila tra i suoi bordi, che si riattaccarono prima che la cicatrice avesse riunito il fondo della piaga, e bisognò in seguito distruggere questa adesione, per timore che non si formasse una nuova fistola.

Riflessione sul modo d'operare.

8. Le due precedenti osservazioni offrono il quadro del metodo operativo di Desault nel caso in cui l'operazione è la più facile, in quello in cui essendo la fistola completa, e senza denudamento dell'intestino, al disopra

dell' apertura fistolosa, è aperta la via agli strumenti, non bisogna praticarne una artificiale. Per apprezzare i vantaggi di questo modo d'operare, diamo una occhiata rapida su quelli adoprati prima di esso.

9. Ippocrate, il primo che abbia descritta questa operazione, servivasi per praticarla, di un filo di refe finissimo piegato in cinque, e torto sopra un crine di cavallo. Questa legatura era portata nel seno fistoloso col mezzo d'uno specillo di stagno, perforato da un occhio alla sua estremità, e che egli inoltrava sino a che incontrasse l'indice sinistro, il quale situato nell' intestino, gli serviva a ripiegarne l' estremità, a portarla al difuori, e con esso la legatura, i di cuì capi annodava, e che stringeva in seguito ogni giorno, a misura che essa tagliava le parti.

10. Celso descrive una legatura differente da quella proposta da Ippocrate. Cioè quella della pelle, che ricopre un seno fistoloso nelle vicinanze dell'ano. Egli non impiega che il bistourì, quando la fistola si porta verso l'intestino. Bisogna, secondo lui portare sino al fondo del seno cieco della fistola una tenta perforata al suo capo, ed infilata con un filo doppio, o triplo; incidere in seguito *la pelle* sulla punta di questa tenta, per ritirarla per questa nuova apertura. E' cosa evidente che non si tratta quì d'una fi-

stola che interessa l'intestino. Si potrebbe anche credere con fondamento, che quando la fistola era completa, Celso rigettava ogni specie d'operazione, almeno quando la sua apertura interna si trovava ad una certa profondità; nel qual caso egli non consiglia che de' topici.

11. Nulladimeno l'operazione di Celso è stata dagli Autori presa per modello. Quasi tutti ànno impiegato nel caso di fistola completa, uno specillo da setone, che essi facevano penetrare nell intestino retto, e che riportavano per l'ano col dito, sia rovesciando l' intestino, quando l'apertura interna era poco elevata, sia ripiegando lo specillo, quando era profonda. Lo specillo era per lo più d'argento; alcuni pratici però ànno impiegato uno specillo di piombo, a causa senza dubbio della sua flessibilità. Foubert il quale risuscitò questa operazione caduta in disuso qualche tempo prima di lui, faceva uso d'una specie di lardatojo di argento, terminato da una parte da una punta ottusa, dall'altra da una specie di incavo formato nella sua grossezza, e dove il filo adattavasi. Egli, come tutti gli altri, non impiegava che l'indice, per ricondurlo al di fuori. Girault solamente servivasi, con questa mira, d'una specie di pinsette a becco di grue.

12. Quando questi vari modi di operare nei

legare le fistole complete, si paragonano con quello esposto nelle osservazioni precedenti, è cosa facile vedere qual ne sia la differenza. In effetto per poco che la fistola sia estesa in alto, qual dolore non si dee cagionare, ripiegando sul margine della sua apertura, uno strumento di metallo, la di cui resistenza è sempre considerabile, benchè fosse di stagno? Questa resistenza per altro è necessaria per il suo passaggio a traverso del seno fistoloso: egli senza di essa si piegherebbe, e cederebbe innanzi al minimo ostacolo. Lo specillo ricondotto per l'ano con forza non dee egli stirare, distaccare, lacerare perfino le pareti dell' intestino? Da ciò gl' inconvenienti trovati in questo metodo dal maggior numero che non lo riguarda che come una risorsa per i soggetti, che ricusano assolutamente il taglio. Nelle ordinarie maniere d'operare si aggiunge a questi inconvenienti un altro; cioè quello della materia della legatura, e della maniera di stringerla. La maggior parte non impiegano che un filo di canapa, o di seta semplice, o framischiata di crine, ma soggetto sempre a marcirsi, per il contatto delle materie fecali, a rompersi nelle costrizioni successive, che se gli fanno provare ed a necessitare con ciò una nuova operazione. Foubert per ovviare a questi svantaggi immaginò di legare le fistole con un filo di piombo tirato

alla trafila, del quale esso riuniva, e torceva le estremità. Questa specie di legatura à sopra l'altre il vantaggio di cagionare meno dolore, tagliando le parti che abbraccia, e di non alterarsi tanto prontamente, ma si può rimproverarle; 1. di stirare dolorosamente i margini dell'apertura fistolosa, per mezzo della tortura del filo; 2. di essere esposta a rompersi con questa medesima torcitura; 3. di allungare con essa, in luogo di raccorciare, e di stringere il cappio; 4. di non compiere comunemente la sezione, e di lasciare una porzione di carni da tagliarsi col bistourì, perchè la tortura è tanto più difficile, quanto il cappio del filo di piombo acquista meno di estensione.

13. Non sono attribuiti alcuni de' predetti inconvenienti al modo di operare di Desault; 1. l'introduzione del filo di piombo è sempre senza difficoltà col mezzo della cannula; 2. questo filo pieghevole, e poco resistente ripiegato da se solo dalla fistola nell'intestino, non può affatto irritare gli orli dell'apertura fistolosa, come lo facevano gli strumenti conduttori della legatura, che si era obbligati a ripiegare avanti di essa, per ricondurla in seguito per l'ano; 3. con ciò si evitano sempre i dolori, spesso ancora ogni specie di sensazione penosa, e sotto questo rapporto il vantaggio di questi strumenti è tale, che De-

sault à più volte operato degli ammalati, che non avendo sentito il loro passaggio nella fistola, gli domandavano, se era per cominciare allora l'operazione, quando essa era già terminata; 4. si può senza timore di ferire l'intestino retto andare ad afferrare colla molletta il filo ad una grande profondità, per conseguenza operare, e guarire, come à fatto Desault, delle fistole che si elevano molto al disopra della portata del dito: vantaggio che si apprezzerà sopratutto, quando si saprà che questa ultima circostanza è stata riguardata da tutti gli autori come oltrepassante le risorse dell'arte. Bertrandi, Bell, lo stesso Sabatier, non credono possibile l'operazione in questo caso; 5. il metodo di serrare la legatura col mezzo della piccola cannula, sulla quale viene ripiegata, in seguito delle medicature mette al sicuro dai dolori, che sono effetto della torcitura di Foubert; 6. non si è esposto a veder rompere questa legatura; essa può essere ristretta a volontà, e nella quantità determinata; e precisa; 7. non si è mai obbligato a compiere l'incisione col bistourì, come nella torcitura, poichè si può sempre accorciare il cappio formato dalla legatura. ed anche farlo entrare tutto intiero nella cannula; 8 l'operazione praticata in questo modo, non espone ordinariamente ad un trattamento consecutivo più lungo che per l'incisione:

Desault à ottenuto ancora qualche volta una guarigione più pronta.

14. La molletta della quale abbiamo indicato l'uso nelle osservazioni precedenti, non à avuto sempre la forma che esprime la tavola settima: essa non fu da principio che una specie di molletta ad anello concavo, che aprendosi dal lato del filo da afferrarsi, aprivasi similmente dal lato opposto; di modo che le piegature della membrana interna dell' intestino, potevano impegnarsi nella apertura che risultava dall'allontanamento delle branche, ed esservi serrata con dolore. Desault per impedire questo inconveniente, dilatò una delle branche, e la terminò con quella specie di difesa (*tu*, *fig.* 6.) che nasconde posteriormente l' apertura che riuslta all'istante che dilatasi lo strumento. In luogo degli anelli che esso da prima portava alla sua estremità (*A 6 fig.* 5.) egli incurvò questa medesima estremità, la mantenne scostata con una molla (*z*), e con ciò ebbe maggior facilità per maneggiar lo strumento nel tempo dell'operazione. Quantunque la pinsetta corretta in tal modo abbia molti vantaggi, pure il suo uso espone ancor qualche volta ad un iuconveniente analogo al precedente. La membrana interna dell' intestino, quando è lenta, e come ondeggiante, può impegnarsi nella apertura interiore (*f. 9. fig* 5.) destinata a ricevere il piombo, ed esservi ser-

rata al momento in cui si ravvicinano le branche della molletta.

Lo strumento scolpito (*fig.* 11.) mette al sicuro da questo accidente. E' questo una specie di gorgeret concavo da una parte convesso dall'altra, terminato da un fondo chiuso, dove trovasi un piccolo foro destinato a ricevere il filo di piombo, incavato interiormente d'un canale nel quale scorre uno stilo di metallo, che spinto inferiormente fissa ed arresta questo filo. Per procedere col suo mezzo all'operazione; 1. si porta sopra lo specillo la cannula (*fig.* 3.) che spingesi nell' apertura dell'intestino, in modo da farne corrispondere l'estremità al fondo cieco (*a*) dello strumento introdotto nell'intestino retto. Essa però non dee entrare nel fondo suddetto, per timore che compresa col piombo, non impedisca di ritirare quest'ultimo; 2. detto filo di piombo è passato leggermente a traverso della cannula sino nel fondo senza uscita del gorgeret; 3. si spinge a basso il bottone (*d*); e con esso lo stilo di metallo, che fissa allora il filo; 4. lo strumento è avanzato alquanto nell' intestino, per dare più estensione al filo di piombo, ed assicurarsi che è stato afferrato; 5. Se la cannula lo era con esso, ciocchè supporrebbe troppa larghezza nel foro del fondo ceco dello strumento, si respingerebbe in alto il bottone (*c*); essa sarebbe liberata, ed il filo ser-

rato di nuovo; il gorgeret in seguito ritirato la condurrebbe al difuori, e quì l'operazione rientra in quella del caso precedente. Desault in questi ultimi anni avea adottato quasi esclusivamente questo strumento, che egli preferiva alla molletta da principio immaginata per ritirare il filo.

§. II. *Del metodo operativo nel caso in cui è necessario il perforamento dell'intestino.*

15. Se il modo di operare di Desault merita una preferenza esclusiva sopra gli altri, ne' casi ne' quali la fistola è completa, ed in cui i passaggi trovansi affatto aperti, i suoi vantaggi non sono meno reali, quando bisogna praticare un'apertura artificiale all'intestino, sia che non ce ne abbia una naturale, come nelle fistole esterne sia che incontrisi un denudamento considerabile al disopra di quella che esiste.

De' casi ne' quali avvi solamente denudamento dell'intestino senza apertura.

Osservazione III. (*raccolta da Guillier*).

J. Bladinier, di anni 30., venne all' Hôtel-Dieu il dì 17. Gennajo 1791. per una fistola sopravvenuta in seguito d'un deposito

aperto sei mesi prima colla pietra da cauterio. L'apertura della fistola era alla natica sinistra, e a due dita dal margine dell'ano. Vi erano molte sinuosità: una di esse portavasi verso l'intestino, che si trovava denudato, e assottigliato sino a due pollici di profondità: un'altra meno considerabile, e diretta vorso il coccige, non era ricoperta, che dalla pelle, assottigliata, e quasi disorganizzata in questo luogo.

L'intestino non era in questo caso perforato, come lo era nel precedente, e per questa considerazione si procedè in un modo alquanto differente nell'operazione. Fu introdotto il dito nell'ano, e la cannula portata coll'ajuto dello specillo per l'apertura fistolosa, sino alla parte la più elevata dell'intestino denudato. Quindi un ajuto passò in questa cannula il tre quarti (*fig.* 4), ed il Chirurgo appoggiando sopra il bottone che termina questo strumento, lo spinse nella cannula, e lo fece penetrare con essa nella cavità dell'intestino. In questo tempo ei sosteneva la parete denudata dell'intestino, appoggiando col capo del dito immediatamente al disotto del luogo che esso andava a perforare, e che discostava in tal modo dalla parete opposta, che senza questa precauzione la punta del tre quarti avrebbe potuto ferire. Egli allora ritirò questo strumento, lasciando in posto la cannula,

e compì l'operazione, come nel soggetto dell' ocservazione precedente.

In sequito si messe allo scoperto tutta l' esrensione della sinuosità, che si portava al di dietro, incidendo la pelle che ricopriva la piaga risultante da questa nuova operazione, quantunque poco estesa, non pervenne all'intiera cicatrice, che il trentanovesimo giorno, dieci giorni dopo la caduta della legatura, e guarigione della fistola.

De' casi nè quali vi è apertura nell'intestino, e denudamento al di sopra dell'apertura.

Osservazione IV. (*rascolta da Boulet*).

Luigi Lecoz, di anni 28., e robustissimo, alla fine dell' anno 1789. avea avuto al lato destro del margine dell' ano, un deposito molto esteso, che erasi votato nell' intestino. Alcuni mesi dopo si aprì un nuovo deposito sopra la natica, ad un pollice, e mezzo dal margine dell'ano, e rese così la fistola completa. Quesr' uomo che soffriva poco da questo incomodo, lo trascurò sino al dì 2. Gennajo 1791., che venne finalmente all' Hôtel-Dieu.

A quest' epoca l' intestino era denudato sino a tre pollici almeno di sopra del margine dell'ano, più alto un pollice dell'apertura interna della fistola. Il tragitto fistoloso era cir-

condato di durezze, che stendevansi ancora sulla natica, e tre pollici al di là dell' apertura esterna, senza però che paresse affetta la pelle che ricopriva questa parte.

Questa ultima circostanza, unita alla profondità della fistola, era una ragione di preferire la legatura ad ogni altra specie d'operazione: ma non bastava passare il filo di piombo per le aperture fistolose già esistenti: non potevasi sperare, che l' intestino denudato molto al disopra dell' apertura interiore, si riattaccasse alle parti vicine. Bisognava dunque per guarire la fistola, abbracciare nella legatura tutta la porzione ammalata dell' intestino retto.

In conseguenza, si perforò l' intestino nel punto più elevato del denudamento, e vi si fece penetrare la cannula, col mezzo del trequarti, come erasi fatto per la fistola esterna dell' Osservazione terza. Nel caso attuale il trequarti quantunque molto appuntato penetrò con difficoltà, perchè l' estremità del dito situato nell' intestino retto non poteva giungere molto vicino alla punta dello strumento, per ben fissare la porzione d' intestino, che bisognava perforare. Quando vi si fu pervenuto, il rimanente dell' operazione non offrì niente di particolare. Si passò il piombo; venne afferrato colla molletta: fu riportato per l' ano, colla stessa facilità, e maniera che ne-

gli ammalati delle osservazioni seconda e terza.

Lecooz non rimase punto a letto nel tempo della cura, neppure il giorno stesso dell' operazione. Egli non soffrì punto: solo provava un leggiero dolore momentaneo mentrechè restringevasi la legatura.

Ventitrè giorni dopo l' operazione restavano ancora molte durezze dal lato della natica; esse si sciolsero poco a poco, e fornirono un' abbondante suppurazione. La legatura tagliò assai lentamente le parti voluminose che comprendeva, e quantunque si avesse cura di restringerla ogni due, o tre giorni, a misura che rallentavasi, l' incisione non fu compiuta che il sessantesimo terzo giorno. Quest' uomo lasciò l' Ospedale, perfettamente guarito il 18. Marzo 1791., sessantanove giorni dopo l' operazione.

16. Le due Osservazioni precedenti offrono il quadro della maniera d' operare di Desault nel caso, in cui bisogna effettuare sull' intestino una apertura artificiale, per passarvi la legatura: paragoniamo questo metodo operativo con quelli usati prima di lui.

La pratica à variato singolarmente in questa, come in tutte l' altre parti dell' operazione. Gli uni impiegavano semplicémente lo specillo conduttore della legatura, del quale abbiano parlato (11.) e che essi spingevano con-

tro le pareti assottigliate dell' intestino retto: gli altri volendo evitare il dolore, inevitabile effetto della lacerazione prodotta da un corpo rotondo, come è il bottone dello specillo, immaginarono di sostituirvi una punta ottusa. Alcuni aguzzarono ancora questa punta, e la resero tagliente; ma allora diveniva difficile il fargli percorrere il tragitto fistoloso, senza ferire le parti circonvicine. Da ciò la modificazione di Fabrizio d' Acquapendente, che situava al capo dello strumento una piccola palla di cera; da ciò l' idea più felice di Larè, che portava una cannula contro l' intestino, passava dentro un ago la di cui punta era in forma di lancetta. Il Chirurgo non era punto esposto per questo mezzo a ferirsi, riportando per l' intestino retto, o ripiegando nella cavità di questo intestino, uno strumento appuntato. Ma dopo aver ritirata la cannula come trovare la strada artificiale col filo del piombo? come introdurre ancora nel tragitto fistoloso la cannula, la di cui estremità presenta sempre una superficie più, o meno grande?

17. Tutte queste difficoltà svaniscono nel metodo operativo di Desault 1. l' introduzione della cannula è sempre facile, col mezzo dello specillo conduttore, passato primieramente nella fistola: 2. la cannula introdotta lascia passare leggermente il trequarti destinato a perforare l' intestino, senza timore delle parti vi-

cine: 3. questo è aperto alla parte superiore del denudamento, senza che il Chirurgo corra rischio di ferirsi il dito; 4. la cannula introdotta nel tempo stesso del trequarti, e rimasta nell' apertura, facilita l' introduzione del piombo, ed allora l' operazione rientra in quella del caso precedente.

18. Quando il denudamento dell' intestino esiste molto al di sopra della portata del dito, si può fare ugualmente la legatura, forando primieramente l' intestino. Ma in questo caso, per fissarlo mentreche il tre quarti lo attraversa, si sostituisce al dito che è troppo corto il gorgeret di legno (*fig* 1.), del quale parleremo all' articolo dell' incisione. L' osservazione seguente offrirà i dettagli del metodo operativo allora necessario, nel tempo stesso che fornirà l' esempio del successo della legatura, in uno de' casi più difficili che possano presentarsi.

De' casi in cui il denudamento è molto al disopra della portata del dito.

OSSERVAZIONE V. (*raccolta da Boulet.*)

Gilberto sagitte di anni 40., portava da dieci anni una fistola all' ano, sopravvenuta dietro un deposito critico. L' ammalato avea trascurato sempre questo incomodo, quantunque di

tempo in tempo fossero comparsi nuovi depositi: ma verso il mese di Luglio 1790. si formarono al margine dell' ano due tumori sì considerabili, che l' impedirono di camminare. Si fece trasportare in uno spedale di Parigi, dove fu operato per mezzo dell' incisione dell' intestino, e la recisione della pelle disorganizzata, il che non impedì che un mese dopo non si formassero sotto la pelle de' nuovi seni, che obbligarono a fare una seconda operazione affatto inutile come la prima. Dopo tre mesi di cura la fistola tuttavia esisteva: nulladimeno l' ammalato fu mandato via, annunciandogli che la sua malattia era incurabile. Allora fu che il medesimo si determinò a venire all' Hôtel-Dieu dove entrò il dì 3. Novembre 1790.

In questo momento vi era in ogni natica un seno considerabile, sopra il quale la pelle era assottigliata, e disorganizzata per una grande estensione. Uno di questi seni comunicava con una fistola aperta sulla natica destra, ad un pollice, e mezzo dal margine dell' ano, e verso la sua parte posteriore. Questa fistola penetrava nell' intestino, il quale ritrovavasi denudato nella metà della sua circonferenza, ed all' altezza di più di quattro pollici. Nel tempo stesso sentivansi nell' intestino retto, ed intorno all' ano delle durezze, e delle callosità considerabili, le quali scemarono alquan-

to coll' uso de' cataplasmi, che si fecero continuare sino al momento dell' operazione, che ebbe luogo il nono giorno.

Essendo l'ammalato coricato sul lato destro, e disposto come ne' casi precedenti, il Chirurgo incise il seno del lato destro, sopra una tenta scannellata, e il più vicino possibile al margine dell' ano, per lasciare dal lato della natica tutta la pelle disorganizzata, che esso inseguito afferrata colle dita recise con un solo colpo di bistourì e tanto fece all' altro seno.

Allora ei portò lo specillo per la fistola sino all'alto del denudamento, quindi la cannula, ed in fine il punteruolo del trequarti. Ma non si potè perforare l' intestino che sostenendolo coll' estremità del gorgeret di legno (*fig* 1.); in luogo di fissarlo col dito, come si sarebbe fatto, se la fistola fosse stata meno profonda. Si fece quindi la legatura, come ne' casi precedenti, ma con un filo di piombo di *undici pollici di lunghezza*. Si riempirono le piaghe risultanti dalle recisioni, di filacci, che si ricoprirono di piumacciuoli sostenuti dalla fasciatura *triangolare*.

La suppurazione si stabilì nel giorno seguente. Il trattamento per altro non presentò niente di particolare. La legatura cadde il quarantaduesimo giorno, e lasciò una ferita di un pollice di profondità, che bisognò medicare ancora per ventiquattro giorni, affine d' impedi-

re la riunione prematura de' suoi margini. La cicatrizzazione stessa non fu compita, che il novantesimo giorno. Allora l' ammalato uscì dallo spedale perfettamente guarito, e d' allora in poi non à sofferto veruno incomodo.

Articolo Terzo

Operazione per mezzo dell' incisione.

19. L' operazione della fistola per mezzo dell' incisione rimonta ad una epoca tanto lontana quanto quella per la legatura. Ippocrate l' à descritta; Celso l' à consigliata; gli Arabi l' ànno praticata; e trovasi esposta in tutti i libri degli Arabisti loro compilatori. Ma l' arte allora era molto al disotto del livello in cui trovasi oggidì su questo punto. Le fistole esterne erano le sole le quali si osasse toccare: essendo penetranti nell' intestino, venivano riguardate come incurabili; e l' operazione allora limitavasi a mettere allo scoperto il fondo del seno, senza toccare l' intestino retto, modo di procedere certamente vantaggioso, ne' seni superficiali e lontani dall' intestino, ma insufficiente dacchè essi vi si avvicinano, e questo è denudato; là sperienza dimostrò ben presto questa verità: si vide che in quasi tutte le fistole esterne, come nelle fistole complete non vi era speranza di guarigione, che

fendendo l'intestino, dividendo tutte le parti comprese tra il tragitto fistoloso, e l' ano ed oggidì, a parlar propriamente, è l' operazione per incisione, che si pratica in differenti modi secondo lo stato della fistola. Esaminiamola prima d' ogni altro nel caso più semplice, e più facile, nella fistola completa poco profonda, e senza callosità.

§. I. Metodo operativo ne' casi in cui vi è apertura al di fuori dell' intestino.

20. In questo caso come in ogni altro ciascuno à avuto il suo modo d' operare. Gli antichi passavano nel tragitto della fistola una tenta flessibile che essi ripiegavano col dito introdotto nell' intestino retto, e che riconducevano in seguito al difuori, per servire di conduttore al bistouri, che con un sol colpo divideva tutte le parti comprese nell' arco della tenta. Se l' intestino non era aperto, lo perforavano coll' estremità di questo strumento.

21. Galeno servivasi d' una specie di coltello falciforme, designato dipoi sotto il nome di siringotomo, terminato alla sua estremità da uno specillo flessibile, che egli introduceva per l' apertura esteriore della fistola, lo facea penetrare nell' intestino retto, lo portava al di fuori; e fendeva le parti; ritirando per la stessa via lo strumento intero. I mo-

derni ànno fatto alcuni cangiamenti al siringotomo, del quale ànno incurvato il capo opposto alla punta, e di cui ànno reso flessibile lo specillo malgrado tali cangiamenti, questo strumento da lungo tempo è andato in disuso, e non figura più che ne' nostri armamentari Chirurgici. Scultet che lo descrive, parla similmente d'uno stromento assai analogo, e che non ne differisce che per una lamina di metallo, dalla quale è ricoperta la sua lama mentre che viene portato nella fistola: è questo il bistouri reale: altri propongono, e lo stesso Scultet raccomanda con ispecialità il bistouri erniario. Pott, e Bell si servono d'un bistouri curvo, lungo, stretto, a punta ottusa, o bottonata, che essi spingono sin nell' intestino, senza il soccorso della tenta. Il più gran numero de' moderni, al contrario, fan passare primieramente una tenta nella fistola, la riconduno per l' intestino retto, ed incidono al disopra.

22. Passiamo sopra de' più ampj dettagli storici; questi bastano per mostrarci che gli strumenti finora impiegati per l' incisione della fistola dell' ano ànno tutti i vizj comuni, ed essenziali, 1. di non potere essere messi in uso nelle fistole situate profondamente al disopra della portata del dito; 2 di presentare, quando si ritirano per l' ano, le stesse difficoltà che abbiamo rimarcate negli strumenti

destinati alla legatura; 3. di stirare allora, ed ammaccare le pareti dell' intestino, di allungare con ciò l' operazione; ed i dolori sempre vivissimi che ne risultano; 4. di esporre il Chirurgo a ferirsi: 5. di andare spesso ad urtare, di lacerare, e tagliare ancora la parete opposta dell' intestino retto: 6. di non potere quasi essere messi in uso nelle fistole, il di cui orificio esterno è lontanissimo dall' ano. Alcuni di questi inconvenienti non sono punto applicabili allo strumento di Brambilla; che è una riunione d' una tenta scannellata, e di un gorgeret di ferro: ma la sua complicazione, e la difficoltà di servirsene son tali, che non vi è pratico giudizioso che possa adottarne l' uso.

23. Desault servivasi per incidere le fistole di un bistourì a lama lunga, e dritta d' una tenta scannellata, ottusa e senza fondo cieco e di una specie di gorgeret di legno, scolpito (*fig. I.*), concavo sopra una delle sue faccie, rotondo a basso, e terminato da un fondo chiuso, dove dee impegnarsi la tenta, superato in alto da un manico nella stessa direzione. Esso venendo introdotto nell' intestino, serve di conduttore al bistourì, che taglia sopra di esso tutto il tragitto fistoloso, senza timore della lesione della parete opposta dell' intestino retto. Questo gorgeret non è punto una invenzione nuova: Marchettis ne

adoprava uno simile di metallo, che egli guarniva di cottone nella sua concavità, per non ispuntare il bistourì, al principio di questo secolo ne raccomandava l'uso nelle sue lezioni. Masiero, Chirurgo di Padova, l'à fatto stampare. Trovasi la figura, e la descrizione d' un gorgeret analogo nel secondo volume delle istituzioni di Chirurgia d'Heister. Runge, Chirurgo di Brema, l'impiegava ugualmente, con questa modificazione, che il manico formava un angolo con la porzione destinata ad essere introdotta nell' intestino retto. La sua tenta scannellata era incurvata ancora in senso contrario, affinchè la mano dell' ajuto che fissava il gorgeret nell' ano, e quella del Chirurgo che teneva la tenta introdotta nella fistola, fossero più distanti l'una dall' altra. Ma questa curvatura è inutile, poichè gli strumenti introdotti che sien nelle parti molli, possono essere sempre sufficientemente allontanati. Il gorgeret di Runge era di metallo come quello di Marchettis: ma Desault trovava più semplice il farlo di legno, per non essere obbligato a guarnirlo: d' altronde esso è più leggiero, meno costoso, e si può, secondo il bisogno, costruirlo da se medesimo, in un caso straordinario ed urgente.

24. Il metodo di operare con questo strumento, è semplice, e viene eseguito in tal modo:

I. L' ammalato è coricato al bordo del suo letto guarnito di un panno ripiegato a più doppi, sopra il lato corrispondente alla fistola, col tronco piegato sul bacino, la coscia di sopra ravvicinata al ventre più di quella che riposa sopra il letto, affine di mettere con ciò a scoperto l' orificio fistoloso, e l'ano.

II. Un ajuto è incaricato di discostare le natiche, sollevando quella che è opposta alla fistola, un altro situato vicino al Chirurgo gli presenta gli strumenti.

III. Il Chirurgo introduce nell'ano il dito indice sinistro, unto con unguento cereo, ne gira la faccia palmare dal lato della fistola, prende coll'altra mano la tenta scannellata, che introduce, e spinge nel tragitto fistoloso, guidandola col dito situato nell'intestino.

IV. Se la fistola è completa, ed il suo orificio interno è nel punto più elevato del denudamento, egli fa penetrare la tenta per quest' orificio: al contrario nel caso di fistola esterna, o di fistola completa, con denudamento dell' intestino al disopra dell' orificio interno, spinge la tenta sino à che col dito, ed a traverso delle pareti assottigliate dell' intestino retto, la sente giunta all' alto del luogo denudato.

V. Ritira il dito, porta al suo posto il gorgeret di legno, unto leggermente di cerato sopra la sua convessità; impegna con de' piccoli

movimenti laterali il capo della tenta nel suo fondo cieco sia immediatamente, quando essa è passata per l' orificio fistoloso, sia mediatamente, spingendo innanzi ad essa la membrana dell' intestino, quando vi è denudamento al disopra, o pure la fistola è esterna.

VI. Il gorgeret è affidato ad un ajuto, che lo ritiene fortemente, discostandolo dalla tenta scannellata; mentre che il Chirurgo conduce su questa tenta, che egli stesso tiene, il bistourì lungo, e stretto, che spinge sino al gorgeret, e col quale taglia ad un sol colpo, dal di dentro al di fuori, e senza pericolo di ferire l' altre parti, tutto ciò che trovasi compreso tra il tragitto fistoloso, e l' ano.

VII. Per assicurarsi che niente è rimasto da incidersi, fa egli passare leggermente da basso in alto il capo della tenta lungo la scannellatura del gorgeret: se sente resistenza, il bistourì passato leggiermente di nuovo sulla scannellatura, recide le parti che gli sono sfuggite la prima volta: ed allora è ricondotta liberamente la tenta al di fuori. Il gorgeret è similmente ritirato.

VIII. La medicatura consiste a introdurre tra i bordi della piaga un grosso stuello di fila destinato a tenerli separati, e che rinnovasi ogni ventiquattr' ore.

25 Il modo d' operare, tal quale l' abbiamo descritto, è semplice, facile, pronto nel-

la sua esecuzione, sicuro ne' suoi resultati: esso evita i numerosi inconvenienti esposti (XXII). Nessuno stiracchiamento, nessuna dolorosa distensione son da temersi per le membrane dell' intestino: il Chirurgo non rischia punto di ferirsi: la parete opposta dell' intestino retto è garantita dal gorgeret: qualunque sia la grossezza delle parti da dividersi, questo modo d'operare è applicabile: si è dispensato sempre di fare l'incisione preliminare, che esigono la maggior parte degli altri: in fine questo può mettersi sempre in uso, a qualunque profondità che si trovi l'orificio interno della fistola, come la seguente osservazione ce ne offre un esempio.

De' casi ne' quali l' apertura dell' intestino è al di sopra della portata del dito.

Osservazione VI.

Teresa Vacry di 36 anni, nel mese di luglio 1785, ebbe alla natica sinistra, e vicino all' ano un tumore inflammatorio, accompagnato da dolori vivi, e con pulsazione, e che terminò con un deposito molto esteso. I dolori allora diminuirono, e cessarono quasi interamente, alcuni giorni dopo, quando la marcia fu scolata per un' apertura, che si formò sulla natica, a quattro pollici circa dal

margine dell'ano. L'ammalata si pose allora tra le mani di diversi ciarlatani, che esaurirono sopra di lei una folla di mezzi, la di cui insufficienza forzolla in fine a venire a cercare all' Hôtel-Dieu i veri soccorsi dell' arte.

A quest' epoca vi erano due aperture esteriori, le vicinanze delle quali erano dure, e callose. Un seno fistoloso, accompagnato ugualmente da callosità, si stendeva da un' apertura all' altra; quindi rimontava lungo l' intestino retto, nella cavità del quale andava a rendersi lo specillo molto al disopra della portata del dito; poichè non si poteva giungerne al capo, che col mezzo del gorgeret inoltrato a quattro, o cinque pollici. Trapelava dalle aperture esterne una marcia rossiccia, e qualche volta sanguinolenta.

Come l' ammalata era cachetica, venne preparata per alcuni giorni con delle bevande diluenti, un' emetico, ed un leggiero purgante, e Desault l' operò il 21 Agosto 1787 nel modo seguente. Incise prima d' ogni altro sopra la tenta scannellata, e con un sol colpo di bistourì, tutta la pelle situata tra le due aperture della natica. Condusse in seguito la tenta scannellata nel seno che montava lungo l' intestino retto, dirigendola col dito situato nell' intestino: e quando n' ebbe fatto sortire la punta per l' apertura interiore, e l' ebbe situata nello scavo, fendè l' intestino sopra il

gorgeret di legno, nel modo da noi esposto (24. 6) eccetto che fu obbligato d'impiegare un bistourì più lungo di quello del quale servivasi ne' casi ordinarj.

Quest' operazione non fu seguita, come si sarebbe potuto forse temere, da una emorragia considerabile. La poca quantità di sangue che trapelava da' bordi della divisione, si arrestò facilmente, col mezzo d'uno stuello di fila portato nell' intestino, sino al disopra della piaga, e delle pallottole di filacce impolverate di colofonia.

La diarrea sopravvenuta cinque giorni dopo l' operazione, cessò il giorno decimo; ma la piaga tardò qualche tempo a detergersi, e la cicatrice non fu completa, nè l' ammalata ben guarita, che il sessantanovesimo giorno della cura.

§. II. *Metodo operativo ne' casi ne' quali non vi è apertura al difuori.*

26. Se la fistola è cieca esternamente, il metodo di operare non subisce alcuna modificazione: ma è differente se è cieca internamente: esaminiamo la differenza. Allora quando il fondo del seno si trova molto superficiale, e la marcia à già prodotto al difuori una tumefazione, ed un cangiamento di colore alla pelle, bisogna incidere su questa por-

zione di pelle ammalata, rendere in tal modo la fistola completa, ed operare come nel caso precedente. L'osservazione seguente ci offre un esempio di questa pratica.

OSSERVAZIONE VII. (*raccolta da Levacher*).

Nel principio di Agosto 1789. Vittoria Guitarme, di anni nove, risentiva de' forti brucciori nell'intestino retto. Ben presto dopo una infiammazione considerabile si estese dall'ano sino al dimezzo della natica sinistra, e fu seguita da un deposito, che si aprì nell'intestino retto, all'altezza di un pollice. Quantunque il sacco non si votasse completamente, non si fece veruna apertura all'esteriore, e tre mesi dopo, quando l'ammalata venne all'Hôtel-Dieu, la pelle cominciava solo ad assottigliarsi, e disorganizzarsi in una piccola estensione.

Desault incise prima d'ogni altro la pelle in tutta le estensione del sacco purulento, ed il più vicino possibile alla natica; quindi dopo avere messo a scoperto con una seconda incisione, un seno che si portava verso il coccige, prese colle dita l'angolo della pelle risultante da queste due incisioni, e recise la pelle assottigliata, e disorganizzata, che avea lasciata tutta intera dalla parte dell'ano, affine di poterla portar via con un solo colpo di

bistourì. Introdusse inseguito una tenta scannellata nel tragitto fistoloso, e tagliò l'intestino sopra il gorgeret di legno.

L' ammalata fu medicata alla maniera ordinaria, con uno stuello, delle pallottole di filacce asciutte, e due piumacciuoli sostenuti dalla fasciatura a forma di T. Il seguito del trattamento non ebbe niente di rimarcabile, e l' ammalata uscì dallo spedale perfettamente guarita, trentaquattro giorni dopo l' operazione.

27. Il caso dell' Osservazione precedente non è senza dubbio il più imbarazzante nelle fistole cieche esternamente. La principale difficoltà è quando essendo sana la pelle, non avendo luogo veruna tumefazione alla vicinanza dell' ano, nessun segno ci indica dove esiste il sacco purulento. Petit in questo caso à dato il precetto di introdurre, e lasciar dimorare 24 ore nell' intestino retto, una grossa tasta, che turando l' orificio interno della fistola, impedisca lo scolo della marcia la forzi ad accumularsi, ed a produrre al difuori un tumore, indizio del luogo dove bisogna incidere. Questo mezzo è quasi sempre nullo, 1. perchè non mai la compressione può essere esatta abbastanza per prevenire ogni trapelamento marcioso; 2. perchè per lo più la densità delle parti sottoposte alla pelle impedirebbe la tumefazione.

28. Altri impiegano colla medesima mira un

altro mezzo; consiste esso ad introdurre nell' intestino retto il dito indice, che inseguito incurvasi ritirandolo a se, per ricondurre al di fuori il sacco delle materie, ed a premere nel tempo stesso le vicinanze dell' ano. Il luogo dove l'ammalato prova del dolore per questa pressione, è quello nel quale bisogna incidere. Un terzo modo di operare consiste a far penetrare nell' ano lungo il dito indice uno specillo ripiegato in due, in maniera che uno de' capi sia più corto dell' altro: si procura di impegnare questo nell' orificio interno, e ritirandone l' altro, viene ricondotto nel sacco: si fa sporgere al di fuori, in modo da indicare questo sacco, e per conseguenza, il luogo dell' incisione. Ma oltre la difficoltà d' introdurre questo specillo nella fistola, ed i dolori che ne sono il resultato inevitabile, questo modo di procedere à un inconveniente comune ai due che abbiamo esaminati, quello di necessitare una doppia incisione, prima d' ogni altro per aprire la strada agli strumenti; in secondo luogo per fendere l' intestino.

29. Desault consigliava di fare in un sol tempo l' incisione della fistola interna, impiegando un bistourì ordinario, il litotomo nascosto, o anche in certi casi il kiotomo del quale abbiamo parlato all' articolo della recisione delle tonsille. Se si adopra il bistourì ordinario, il chirurgo dopo aver fatto situare convenientemen-

te l'ammalato; 1. porta l'indice sinistro nell' intestino retto, ed assicurasi del luogo, e dello stato del sacco, per la presenza delle durezze; per la fluttuazione, per il piccolo tubercolo, e l'affossamento che corrispondono ordinariamente all'orificio fistoloso; 2. passa leggiermente lungo il dito un bistouri, rivolgendo la parte piatta della lama contro la sua faccia palmare, e lo porta un poco più alto del fondo del seno; 3. fa tendere per mezzo di un ajuto la pelle della parte corrispondente alla fistola, e rivolgendo la lama del bistourì, pratica una incisione che mette bene a scoperto il fondo del sacco, estendendosi più, o meno sopra il margine dell'ano, secondo l'estensione più, o meno considerabile del sacco; 4 porta il dito nella piaga, si assicura se non esiste alcun seno accessorio, alcune callosità: se sene incontrano; egli apre i primi, e scarifica gli altri.

30 Se preferisce l'uso dello strumento di fra Cosimo, il dito introdotto primieramente nell'intestino retto, gli serve a portare questo strumento nell'intestino, graduato al grado convenevole all'estensione dell'incisione che esso vuol praticare. Quando ve l'à fatto giungere, il dito è ritirato, e mentre che egli stesso tende la pelle del margine dell'ano colla mano sinistra, apre colla destra il litotomo, e ritirandolo, fa una sufficiente incisione.

31. Se non esiste che un piccolo sacco; ed

il suo orificio sia vicinissimo all'ano, il kiotomo basta per inciderlo. S' impegna nello scavo della guaina la porzione del bordo dell' ano corrispondente al piccolo seno; è immergesi la lama, e si fa la sezione.

§ III *Del metodo operativo nelle fistole antiche, e complicate con callosità.*

32. Malgrado i moltiplicati successi, ottenuti per la semplice incisione dell' intestino retto vi è voluto di molto perchè questa operazione sia stata generalmente adottata, sopratutto per le fistole inveterate, il di cui seno è spesso accompagnato da durezze, e le pareti delle quali sono callose. La maggior parte de' pratici, prevenuti da una falsa idea su queste pretese callosità, ànno creduto non poter guarire le fistole senza recidere tutte le parti che gli parevano affette d' una durezza contro natura. Si vede in Aezio, che Leonide passava nel seno una tenta flessibile, che egli ripiegava, dopo averla ricondotta per l' ano, e che recideva, attorno di questa tenta tutte le parti da essa comprese. Quasi tutti gli Autori moderni ànno raccomandato questo metodo, il quale pochi anni fa era ancora il più generalmente seguito da' pratici. La sperienza però avea dimostrato, e Gui de Ghauliac già lo sapeva, che queste callosità, ca-

ginate principalmente dalla dimora della marcia, e dal passaggio delle materie stercoracee, si scioglievano, e si dissipavano, dacchè si era distrutta la loro, causa, per mezzo del taglio della fistola. Petit conviene su questa verità nelle sue *opere postume;* ma trasportato certamente dall'abito, e dal pregiudizio, non ne raccomanda meno la recisione delle parti callose, delle quali prova nel tempo medesimo l'inutilità.

33. Questo metodo nulladimeno à molti svantaggi: oltre che allunga il trattamento, produce dolori molto più vivi della semplice incisione, ed accresce il pericolo dell'emorragìa, la perdita di sostanza che esso cagiona, produce spesso un ristringimento dell'ano, e qualche volta lascia a lato dell'ano *naturale* una specie d'ano *artifiiale* per dove escono, le materie fecali involontariamente per tutto il corso della vita. Desault ne à veduto un esempio in un uomo che avea anticamente subita questa specie d'operazione all'Hôtel-Dieu. Un altro che la recisione non avea punto guarito della sua fistola, ed al quale essa avea lasciato un'ano contro natura, simile al precedente, venne all'Hôtel-Dieu nell'ultimo grado di marasmo, e perì alcuni giorni dopo esservi entrato.

34. Non è dunque senza ragione che Bell pretende doversi assolutamente rigettare la re-

cisione che non è fondata che sul pregiudizio; e che nel caso in cui il devastamento considerabile dell'ano, sembrasse indicarne la necessità, una incisione al più da ciascun lato dell' intestino retto basta sempre per operare la guarigione.

35. Vi è un'altra specie di recisione assai diversa dalla precedente; e che diviene spesso necessaria; cioè quella della pelle che si trova comunemente assottigliata, e talmente disorganizzata dall' infiammazione, e dal soggiorno della marcia, che è impossibile che riprenda il suo stato naturale, e si riattacchi coll' altre parti. Celso conosceva certamente la necessità di questa recisione, poichè consiglia di fare una incisione doppia alla pelle che ricopre i seni, e portarne via una porzione. Fabrizio de Hilden raccomandava ancora di recidere la pelle, o distruggerla in qualche altro modo, quando essa è talmente assottigliata, che non può sperarsi che si riattacchi al fondo dell' ulcera. Questa specie di recisione abbrevia molto la cura, nel tempo stesso che rende le medicature più facili, e meno dolorose.

36. Si può dunque stabilir per principio: 1. che l'incisione basta sempre per procurare il dissipamento delle callosità, che non essendo mantenute che dalla presenza della marcia, spariranno ben presto collo scolo puru-

lento; 2. che la disorganizzazione della pelle è quasi il solo caso in cui bisogni associarle la recisione. Se il lungo soggiorno della marcia in un vasto sacco, avesse talmente disorganizzata una porzione dell'intestino, che non rimanesse più speranza di conservarla, si potrebbe similmente portarla via al momento dell'operazione.

§. IV. *Della cura consecutiva all'operazione per incisione.*

37. Qualunque sia la maniera nella quale siasi tagliata una fistola dell'ano, la medicatura consiste ad introdurre ogni giorno tra i bordi della piaga, affine di tenerli separati, una tasta di fila, la di cui lunghezza, e grossezza, debbono essere propozionate alla profondità, ed estensione dell' incisione. E' questa una precauzione essenziale, e che Sabatier con ragione raccomanda di mantenerla costantemente tra i bordi, sopratutto ne' primi tempi. Se essa sdrucciola nell' ano, la piaga può riunirsi, e la fistola ben presto ricomparirà; al contrario, colla precauzione indicata, la riunione si opera dal fondo verso la superficie, e la guarigione è certa.

38. Se l'operazione è accompagnata da emorragìa, accidente che offre qualche volta la

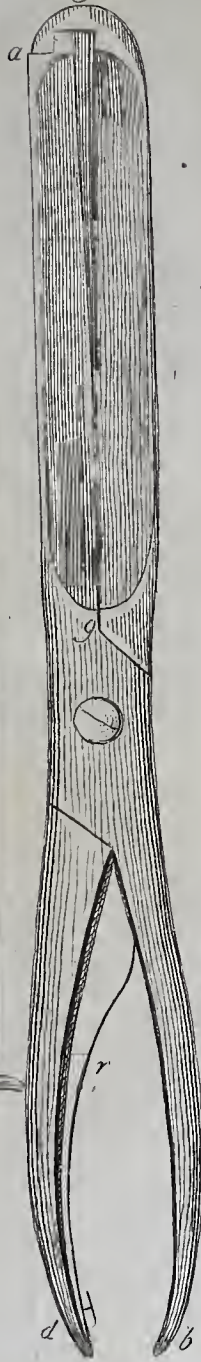
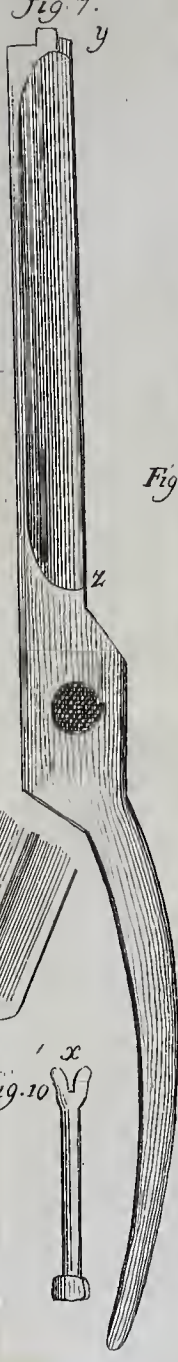
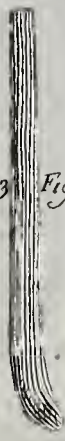
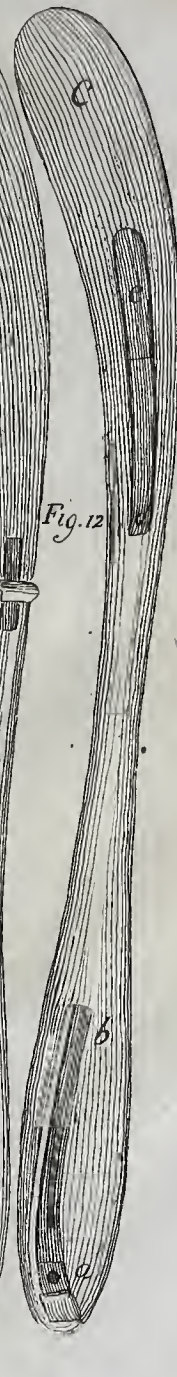
pratica, si può arrestarla, portando sino al disopra dell'incisione una tasta legata con un lungo filo, introducendo in seguito nella piaga, con un poco diforza, molte pallottole difilacci impolverate di colofonia, applicando al di sopra una faldella di fila, de' piumacciuoli alquanto lunghi, e sostenendo il tutto con una fasciatura a forma di *T*.

39. Quando il sangue esce in gran quantità, e questo mezzo non basta per arrestarlo, si diffonde nella cavità dell'intestino, dove trova minor resistenza che verso l'esteriore: l'ammalato prova allora delle leggiere coliche, ed un sentimento di calore simile a quello che cagionerebbe un lavativo un poco caldo; il polso s'indebolisce, e diviene piccolo; le estremità si raffreddano; sopravviene la sincope. Dacchè si sospetta questa emorragìa interna, bisogna levar prontamente l'apparato. Non vi sorprenda allora, se il sangue sorte in abbondanza, e come se versasse da un boccale: esso è quello che si era accumulato nell'intestino, e che allora esce tutto ad un tratto. Desault à avuto occasione qualche volta di fare quest'osservazione. Lo scolo cessa ben presto, e non vi è che quello fornito dal vaso aperto. In questo caso bisogna impiegare de' mezzi di compressione più potenti di quelli quì sopra indicati. Molti pratici dietro Levret fanno uso d'una

vescica introdotta vota nell' intestino, e che in seguito si riempie d'aria, per comprimere le pareti intestinali: ma la difficoltà di dirigere allora la compressione in una maniera speciale sopra il vaso aperto, rende questo mezzo in generale poco vantaggioso. Il modo d' operare indicato da la Faye meriterebbe costantemente la preferenza. Desault ebbe occasione un giorno di sperimentare l' insufficienza della vescica, sopra un ammalato, del quale aveva reciso la tunica interna dell' intestino retto rimasta lungo tempo al difuori, e considerabilmente tumefatta in una caduta dell' ano. L' emorragìa fu considerabile: egli per arrestarla ebbe ricorso al mezzo di Levret: ciò non ostante il sangue non cessò punto di scorrere: si accumulò nell' intestino, e già l' ammalato provava gli accidenti quì sopra esposti. Allora si levò la vescica per applicare un altro mezzo: il sangue al momento scorse in abbondanza. Fu ben presto arrestato: si portarono via tutti i grumi: e si fece la compressione nella maniera seguente: fu introdotto nell' ano, un pezzo di pannolino quadrato, che portava ai suoi quattro angoli de' cordellini di refe. Si accumularono nella cavità risultatane, delle pallottole di fila impolverate di colofonia, furono applicate sopra di esse delle faldelle di filacce, che si ritennero annodando i cordellini. Que-

sto apparecchio lasciato in posto per quattro giorni a quest' epoca fu levato, senza che sopravvenisse la minima emorragìa; e l'ammalato è perfettamente guarito.

40. E' cosa rara che l'incisione delle fistole sia seguita da un accidente, che gli antichi specialmente temevano, e che Paolo d'Egina riguarda come inevitabile, cioè dall'incontinenza delle materie fecali. La sezione dello sfintere avea sembrato doverla determinare, ma si sa in oggi, che i muscoli divisi si riuniscono come le altre parti, e sodisfanno ugualmente bene la funzione loro dopo questa riunione. La legatura per altro dovrebbe essere evidentemente soggetta allo stesso inconveniente, che nessuno intanto à mai pensato di rimproverarle. Accade qualchevolta, è vero, che ne' primi giorni, che seguono la guarigione, l'ammalato prova un poco di difficoltà a ritener le materie: ma essa pare indipendente dalla sezione dello sfintere. Desault l'attribuiva alla specie di scanalatura, che vedesi ancora nell'ano alla fine del trattamento. In fatti questa difficoltà cessa dacchè la scanalatura, della quale parliamo, è cancellata, e consolidata la cicatrice Se però avvenisse che lo sfintere dell'ano non potesse ricuperare la sua azione primitiva, bisognerebbe incolparne la malattia, che avrebbe consumata, e distrutta una porzione di questo

fig. 1.
2.
3.
fig. 5
a
g
r
d
b
fig. 6
t
u
r
fig. 7.
y
z
fig. 8
fig. 9
fig. 10
x
Fig. 13
Fig. 11
Fig. 12
C
C
b
b
d
a
e

muscolo, non già l' operazione medesima, che si può ripetere più volte, senza produrre questo inconveniente, come la ragione, e la sperienza dimostrano.

Spiegazione della Tavola sesta.

Fig. I. Gorgeret di legno, concavo da una parte, convesso dall' altra, lungo sette pollici, largo sette ad otto linee, che serve all' incisione della fistola.

Fig. II. Specillo di metallo di 6 a 7 pollici di lunghezza, sopra due terzi di linea di diametro, cilindrico, senza bottone, con i capi un poco rotondi.

Fig. III. Cannula d' oro, o di argento, di circa 6 pollici di lunghezza che si adatta esattamente allo specillo, e terminata come l' estremità della cannula da un tre quarti.

Fig. IV. Tre quarti d' oro, o di acciajo, della stessa grossezza dello specillo, che esattamente adattasi alla cannula, che esso supera in lunghezza di tutta la sua punta, terminato da una parte da una specie di lenticchia.

Fig. V. Molletta di metallo, che serve a ritirare il piombo, lunga 7 pollici. La larghezza di ciascuna delle sue branche è di circa 6 linee — *a ; g.* Canale formato dallla riunio-

ne delle branche tagliate obbliquamente nella loro lunghezza — *fg*. Apertura d'una linea, e mezzo di profondità, resultante dal dilatamento delle branche, e destinato a ricevere il capo dello specillo, e della legatura. Essa à un poco meno d'una linea, alla sua estremità più larga *f*, in maniera che non può ammettere il capo della cannula — *r*. Molla tendente a discostare le branche dell'istrumento.

Fig. VI. Branca femminile della molletta — *t*. Arresto del condotto cieco, per ricevere l'altra branca — *tu*. Coperchio ottuso che adattasi esattamente alla convessità della branca maschile, e che ricopre tutta l'apertura, quando la molletta è aperta.

Fig. VII. Branca maschio terminata da un prolungamento *y* corrispondente al condotto cieco *t*. Questo prolungamanto è meno largo del fondo cieco suddetto per tutta l'estensione dell'apertura della molletta — *yz*. Un lato della branca tagliato a ciglio vivo, e guarnito di denti ugualmente che il lato corrispondente dell'altro ramo, affine di ritenere meglio il piombo.

Fig. VIII. Sezione della molletta per farne vedere il coperchio.

Fig. IX Cannula d'oro, o di argento, appianata, lunga cinque a 6 linee, larga 2, destinata a serrare la legatura. Essa è veduta di faccia.

Fig. X. Cannula simile, più lunga, veduta lateralmente affine di far vedere le eccisure *x*, destinate a ricevere, e fissare le estremità del filo di piombo. L' estremità di queste cannule, devono essere ottuse, per timore che non taglino le legature.

Fig. XI. Gorgeret depressore destinato a rimpiazzare la molletta nell' estrazione del filo. Questa figura lo rappresenta veduto dal davanti — *a b*. Concavità dello strumento — *a*. Fondo cieco nel quale s' impegna il filo; la sua grandezza dee essere tale che la cannula non possa penetrarvi — *d*. Bottone adattato allo stilo di metallo, che sdrucciola nella scanalatura interna dello strumento; si può, spingendo lo stilo a basso, o in alto, trasportarlo nel medesimo senso, e prendere in tal modo, o abbandonare la legatura, impegnata nel fondo cieco — *c*. Manico dello strumento incurvato al di dietro — *e*. Estremità rotonda.

Fig. XII. Lo stesso strumento, veduto per la faccia posteriore — *a b*. Estremità inferiore della scanalatura interna, dove sdrucciola lo stilo di metallo, veduta dopo che è stato levato il coperchio — *a*. Orificio interno del fondo cieco, dove s' impegna il filo — *d e*. Estremità superiore della scanalatura — *d*. Estremità dello stilo di metallo,

veduto nella propria scanalatura — *c*. Manico dello strumento.

Fig. XIII. Coperchio dell' estremità inferiore della scanalatura *a b*. Si può smontare lo stilo, levandolo, e pulire lo strumento.

MEMORIA

Sulle scirrosità dell' intestino retto

Articolo Primo

§. I. *Delle cause*.

1. NOn vi è parte del condotto intestinale, che sia esposta allo scirro più delle sue due estremità. Il piloro in alto, l'intestino retto a basso, ne offrono degli esempi frequenti. L'ultimo sopratutto ne è spessissime volte affetto, e la pratica dell'Hôtel-Dieu somministra giornalmente l'occasione di osservarvi questa malattia. Essa pare nulladimeno avere occupato pochissimo gli autori. Si rimarcano solo nelle di loro opere alcune osservazioni isolate; niente di metodico nella sua descrizione; niente di co[illegible]eto, quasi niente di giudizioso sopra la sua cura: esponiamo ciò che à aggiunto Desault all'uno, ed all' altro.

2. Le scirrosità dell'intestino retto si manifestano in tutte le età, attaccano tutti i sessi: ma le donne vi si trovano esposte molto più che gli uomini. Sarebbe certamente difficile determinar la ragione di questa differen-

za, la quale nulladimeno è realissima, poichè nel quadro comparativo di queste malattie, la proporzione è stata presso a poco di 10. 1. nell' Hôtel-Dieu. Le persone avanzate in età vi sono ancora generalmente più soggette delle giovani: esse appariscono assai spesso all' epoca della cessazione delle regole. I temperamenti deboli, flemmatici, vi sembrano più disposti.

3. Quest' affezione è una conseguenza assai ordinaria delle malattie veneree, contratte da lungo tempo, ed il trattamento delle quali non à distrutto che imperfettamente il vizio interno. Morgagni che l' à spesso osservata, nella maggior parte degli ammalati à incontrato avanzi ancora esistenti di questo vizio. Desault à fatto la stessa osservazione. L' emorroidi considerabili, sono ancora una causa frequente di queste scirrossità. Manget riporta la storia di un uomo, il quale operato per recisione delle sue emorroidi, ne fu attaccato dopo poco tempo. Valsalva cita diverse osservazioni, nelle quali è nato lo stesso effetto dalla medesima causa. Pare similmente che l' una, e l' altra affezione sieno state spesso confuse, e Morgagni crede, che da ciò viene che la prima è ancora sì poco conosciuta da' medici. Noi abbiamo ancor veduto all' Hôtel-Dieu succedere spesso a questa la seconda, e probabilmente dipenderne.

4. Può mettersi ancor tra le cause la meta-

stasi di differenti vizj cutanei su l'intestino, come sono la rogna, la tigna, le erpeti ec., Metastasi tanto più facile, perchè, come si sa, evvi un rapporto più diretto tra i due organi. Desault à trattato due donne, le quali avendo fatto imprudentemente rientrare le erpeti, coll'applicazione di un medicamento grasso, poco tempo dopo furono affette, senz'altra causa apparente, da un ingorgamento considerabile nelle membrane dell'intestino retto. Simone Schultz racconta, che un Signore tedesco avea la pelle coperta di pustule, che lo tormentavano più alle estremità inferiori, che nell'altre parti. Oltre di ciò egli provava vivi dolori al lato sinistro della faccia, e verso la mascella inferiore: avea ricusato di assoggettarsi a portare un cauterio. Dei purganti presi di quando in quando, diminuivano gli accidenti; ma ritornavano ben presto. Infine la malattia della cute disparve senza cause apparenti, e poco dopo si manifestarono tutti i segni delle scirrosità all'intestino retto. Aggiungete a questo il cambiamento da un clima caldo ad uno più freddo; le varie affezioni di reumatismo, di gotta ec., la soppressione delle abituali evacauzioni, della traspirazione ec., l'abuso de' lavativi antivenerei ec., infine l'azione delle diverse cause meccaniche, che introdotte nell' intestino, possono irritarlo, dare luogo alla sua infiammazione, e per conseguenza al suo scir-

ro, ed avrete il quadro delle cause numerose, e varie di quest'affezione.

§. II. *Fenomeni della malattia.*

5. Qualunque sieno queste cause, la malattia si annunzia per mezzo d'una gravezza al podice, per de' bruciori più, o meno prolungati nell' intestino retto, per dei stiramenti penosi, che vi si fanno risentire. Bentosto vi si aggiungono i tenesmi, ed i dolori intestinali; ogni evacauzione diviene sempre più dolorosa. Sopravvengono delle frequenti voglie di sgravarsi, ma spesso infruttuose. S'inalzano de' tubercoli duri, e rossicci sopra la superficie interna dell' intestino retto, o anche al difuori di questo intestino; essi non differiscono dall'emorroidi, delle quali in principio ànno l'apparenza, che per la maggior durezza, ed il dolore maggiore; ne' loro progressi più, o meno rapidi si vedono prodursi sotto mille forme differenti, essere qualche volta a pedicciuolo, altre volte a base larga, spesso moltiplicarsi talmente, che tutta la membrana dell' intestino pare come scirrosa. Morgagni nell'apertura di un soggetto morto di questa malattia, trovò le pareti intestinali dure, grosse, e sparse di tumori, che avevano il volume e la forma di

grosse fave, e che sembravano essere glandule conglobate. La loro superficie era liscia, la loro sostanza dura, e compatta; essi erano tanto più grossi, e più duri, quanto erano più vicini all'ano.

6. Questi tubercoli situati all'esteriore prendono maggior volume ne' sforzi per andare al cesso; situati interiormente, sono allora spinti spesse volte al difuori. Intanto si accrescono, turano in parte il condotto intestinale, si estendono qualche volta a sei, o sette pollici al di sopra dell'ano, nell'intestino retto, qualche volta occupano ancora una porzione dell' intestino colon, la di cui cavità si ostruisce in parte, come ànno osservato Cortesio, Aucisio, Wencherio, de Haen, Benevenio. Altre volte essendo più superficiali, formano solamente un gruppetto duro, e calloso verso l'ano, come Desault ne à consegnato un esempio nel suo giornale, e come prima di lui Valsalva ne avea fatta l'osservazione, incomodano sempre il passaggio delle materie, che attraversandoli prendendo la figura della quale essi offrono la forma, pajono come passate alla trafila, s'intonacano della marcia, che ne sorte, si accumulano spesso al di sopra, e ne' sforzi per andare al cesso, producono qualche volta l'inguainamento dell' intestino; e spesso de' dolori tali, che all'Hôtel-Dieu si sono visti ammalati preferire quasi

di lasciarsi morir di fame, per allontanare questo bisogno di rendere gli escrementi.

7. Se non si oppone al loro progresso, questi tubercoli si accrescono, turano completamente l'intestino, infine si ulcerano, ricopronsi di vene varicose, danno luogo a frequenti emorragie, prendono un carattere canceroso, cagionano dolori sempre maggiori, si propagano sopra le parti vicine: a quest' epoca non è raro che abbia luogo nella vagina una apertura; per essa escono allora le materie fecali. Desault à più volte osservato questo accidente. Infine negli ultimi progressi del male offresi l'orrido spettacolo dell'intestino, della vescica, della vagina, della matrice, e di tutte le parti vicine, confuse in una ulcerazione comune.

Articolo Secondo

§. I. *Diversi metodi di cura, indicati*

8. Le scirrosità dell' intestino retto pervenute all'ultimo periodo descritto (7), sono sempre superiori alle risorse dell' arte, che non à più da opporvi, che de' soccorsi impotenti. I pratici ànno ancora creduto quasi generalmente, che fosse della natura della malattia di giungere a questo periodo, in tal modo non ànno cercato la maggior parte, che

ad'allontanare gli accidenti, senza tentare di combatterli radicalmente. Quindi la lunga serie de' mezzi palliativi, che essi ànno impiegati; quindi gli olii, i grassi, le mucilagini applicate sopra la parte; le decozioni emollienti prese in lavativi, o in semicupj, i calmanti d'ogni specie, i risolventi, le acque minerali, solfuree, o aluminose, l'acqua di calce allungata; le preparazioni di termentina, gli oppiati ec., e mille altre, variate secondo ciascun pratico, che le impiegava. Alcuni, per portare sul male i medicamenti convenevoli, ànno impiegato l'uso delle taste: Claudino le consiglia con questa mira, e non già come che sieno per se stesse un mezzo di guarigione. Valsalva situava nell'ano de' suoi ammalati, nell'atto del bagno, una cannula perforata da più fori, affinchè i fluidi pervenissero più facilmente all'intestino.

9. Il piccolo numero di pratici che ànno tentato di guarire radicalmente le scirrosità dell'intestino retto, non ànno portato le loro mire, che sopra il vizio generale degli umori, senz'avere riguardo al vizio locale, che è il restringimento dell'intestino. Morgagni, nella persuasione che tutte queste affezioni tenessero più, o meno del carattere di lue venerea, à fatto la base della sua cura degli antivenerei. Egli raccomanda di evitare i medicamenti purganti, i quali irritando l'intestino, non

mancherebbero di accrescere l'ingorgamento. Altri per deviare, l'umore, ànno proposti de' fonticoli sopra l'osso sacro, le cosce ec.

10 Ve ne à di quelli, che confondendo le scirrosità coll'emorroidi, ne ànno proposto, ed eseguito ancora la recisione: se ne trovano degli esempi in Morgagni.

11. Tutti questi metodi di cura in generale sono insufficienti, poco ragionevoli, ed anche pericolosi; 1. quelli che non hanno impiegato che un soccorso palliativo, sono partiti da un falso principio: cioè che la malattia sia incurabile. Essa lo è certamente, come ò detto (8), nel suo ultimo periodo, quando lo stato canceroso è dichiarato: ma quando non vi è ulcerazione, quando lo scirro è incipiente, lontano ancora dal carcinoma, sperate allora la cura radicale per mezzo del metodo operativo, che noi indicheremo; 2. quelli che non ànno cercato questa cura radicale, che ne' mezzi generali, non àn riflettuto, che lo scirro una volta formato, cede raramente a questi mezzi i quali debbono essere impiegati certamente a distruggere prima d'ogni altro il vizio interno, ma che essendo impotenti per il vizio locale, debbono essere necessariamente associati a de' rimedi, che agiscono direttamente sopra di questo; 3 non diremo niente della cura radicale, col mezzo della recisione: infatti come azzardare

questa operazione, essendo incerti e dell'altezza, da cui si propaga la malattia nell'intestino, e della grossezza delle parti, che essa occupa? Queste riflessioni non sono escite di vista a Morgagni, il quale riporta una osservazione, nella quale è stata adoprata questa cattiva pratica.

§. II. *Cura impiegata all' Hôtel-Dieu.*

12. L'indicazione generale quì consiste; 1. a combattere il vizio generale; 2. quando esso è distrutto a curare la malattia locale. I mezzi di sodisfare alla prima parte di questa indicazione variano, come le numerose cause, che con essi si vuol combattere. Gli antivenerei in certi casi: i rimedi che portano alla pelle in altri, gli irritanti applicati all'esteriore ec., compongono principalmente questi mezzi, che non è mio oggetto quì esaminare, perchè essendo comuni ad una folla di affezioni locali, non ànno niente di particolare per questa. Supponiamo dunque che il vizio interno sia stato distrutto, o che non ve ne sia punto, come quando la malattia dipende dalle irritazioni prodotte da' corpi esteriori, dall'emmorroidi ec.

13. Or in quesro caso rimangono ancora al pratico due cose da farsi; 1. rendere il suo diametro naturale alla cavità ristretta dell'in-

testino retto, facilitare con ciò l'uscita delle materie, e distruggere l'irritazione, ed il dolore, che risultano dal loro passaggio; 2. abbassare le callosità, scioglierle dissiparle, affinchè l'intestino, ritornato al suo stato ordinario, non soffra più un nuovo restringimento, dopo la cura. Desault otteneva questo doppio intento con un mezzo unico, per mezzo de' stuelli mantenuti costantemente nell' intestino retto, ed il volume de' quali era ogni giorno gradualmente accresciuto. Consideriamo questo mezzo sotto il rapporto dell' uno, e dell' altro scopo, che si propone, adoprandolo.

14. La dilatazione de' condotti ristretti da una causa qualunque, può operarsi per mezzo di corpi di differenti nature; ora l'arte li sceglie duri, e solidi: ora li adopra più molli, e più flessibili. I primi presentano sempre de' grandi svantaggi; defatigano, irritano, ammaccano le parti sopra le quali si applicano; sia per la gravità, e durezza loro, sia perchè non potendo adattarsi, che difficilmente, alle piegature del condotto, lo mantengono abitualmente in uno stato incomodo, e doloroso. Quindi bisogna che questo inconveniente sia bilanciato con una considerazione maggiore, per non avervi riguardo: per esempio, nelle nostre siringhe scannellate, lo svantaggio della solidità è annullato dal vantaggio del condotto sempre libero, che le penetra,

che permette di evacuare il fluido che la vescica contiene, senza sconcertarle. Or questo vantaggio nel nostro caso è nullo, perchè è provato, che quantunque si faccia uso di cannule di un gran diametro, ne' restringimenti dell'intestino retto, non mai le materie possono escire a traverso di loro. La membrana interna dell'intestino s'inguaina nel tubo artificiale, e le forma un ostacolo. Le stesse ventosità non sortono punto, e Desault il quale qualche volta à adoprate le cannule, nella mira di dar loro uscita, non ne à mai ottenuto alcun buono effetto. Da ciò segue, che i stuelli, i quali sotto il rapporto dell'evacuazione delle materie, non ànno maggiori inconvenienti delle cannule, e che essendo da un'altra parte pieghevoli, flessibili, si accomodano a tutte le piegature dell'intestino, non esercitano sopra di esso impressione dolorosa, e con ciò stesso non possono defaticar l'ammalato, meritano in questo caso una preferenza distinta sopra ogni altro corpo dilatante. E' inutile di fare apprezzare la necessità di non accrescerne che gradatamente il volume: con ciò la dilatazione si fa in una maniera insensibile, e se posso così esprimermi, senza che le parti se ne avveggano. Concludiamo dunque che per sodisfare al primo scopo (13) della cura locale delle scirrosità dell'intestino retto, cioè alla dilatazione

di questo intestino, i stuelli della forma che gli adoprava Desault, ànno de' vantaggi reali sopra tutti gli altri mezzi.

15. Per giungere al secondo scopo di questo trattamento, o per procurare di risolvere, e distruggere le callosità (13), questo mezzo non è meno vantaggioso. In questa parte gli autori ànno moltiplicato l'applicazioni topiche, i deostrunenti, i risolventi ec. Ma non vi è migliore risolutivo che una compressione metodicamente esercitata su questi tumori scirrosi: l'analogìa degli altri tumori ce lo dimostrerebbe, quantunque l'osservazione in questo caso non ce ne assicurasse. I stuelli ne procurano lo sgorgamento solo per la loro presenza nell'intestino retto, e non già per i medicamenti de' quali vengono caricati. Desault non gli ungeva che di cerato, per facilitare la loro introduzione. Pare che l'intestino circondato da ogni parte dal tessuto cellulare, non debba prestarsi che difficilmente a questa compressione, e che dilatandolo debba solamente spingere dentro detto tessuto le scirrosità: la sperienza, sempre arbitro invariabile, risponde quì in contrario, dimostrandoci in una folla di casi questi tumori completamente spariti dopo qualche tempo dall'adopramento di questo mezzo.

16. Segue da ciò che abbiamo detto (14. e 15), che i stuelli accresciuti gradatamente

di volume sodisfano al doppio scopo della cura locale delle scirrosità dell'intestino retto; cioè 1. la dliatazione del condotto; 2. l'abbassamento, e la risoluzione de' tumori sviluppatisi nelle sue pareti. Desault gli adoprava con questa doppia mira, e ne sono risultati i più felici effetti tra le sue mani. Sono stati pubblicati molti fatti nel giornale su questo punto: una quantità di altri esistono ne' suoi manoscritti: sarebbe inutile ingrandire questa memoria coll'insieme di essi. Alcuni pratici, adoprando i stuelli, non ànno ottenuto i successi che sembravano prometteigli quelli di Desault: il periodo certamente della malattia troppo avanzato: il difetto forse di quell'insieme di cure in tale caso sì necessarie, ne sono stati la causa. Infatti, che può sperarsi, quando è succeduto allo scirro il cancro? allora la presenza del minimo corpo diviene insopportabile: il tentare d'introdurre delle taste sarebbe temerario, e poco ragionevole. Questa non fu mai la pratica di Desault, quantunque gli sia stata attribuita.

17. L'introduzione de' stuelli è sempre semplice, e facile ugualmente che il trattamento, che accompagna il loro uso. L'osservazione seguente offrirà i dettagli di questo trattamento, nel tempo stesso che servirà a confermare, per mezzo della sperienza, ciocchè abbiamo avanzato fin quì.

Osservazione I.

Regina Collot, di 44. anni, di un temperamento sanguigno bilioso, e di costituzione assai buona, verso la fine del 1787. provò de' dolori, e bruciori vivissimi al margine dell' ano, i quali ritornarono ogni volta che essa si presentava al comodo. Comparvero allora in questa parte de' tubercoli duri, e dolorosi, che opponevansi al libero passaggio delle materie. Sopravvennero de' tenesmi quasi continui, ed i dolori divennero insopportabili, quando questa donna faceva de' sforzi per andare al cesso. Molti medici, e chirurghi consultati a vicenda, riguardarono questa malattia come un semplice incomodo prodotto da emorroidi, e credettero che fosse per cedere prontamente ai rimedi usitati in caso simile: unguenti d'ogni specie, fomentazioni, bagni, bevande, boli saponacei, pillole ec. tutto fu impiegato, e senza successo, per molti mesi consecutivi. La malattia andando crescendo, e facendo anche de' progressi rapidi, ben presto l'uscita degli escrementi divenne sì difficile, che l'ammalata presentavasi fino a venti volte prima di renderne alcune deboli porzioni. Essi non sortivano che modificati nella forma, e nella grossezza di una canna di penna, e con de' dolori sì violenti, che questa donna (che avea avuti nove figli), li giudicava più forti de' do-

lori del parto. Ella lasciavasi quasi morir di fame, per allontanare il bisogno di andare al cesso: i patimenti, e l' estenuazione l'avevano ridotta ad un tale stato di debolezza, che essa appena potea sostenersi, quando venne All' Hôtel-Dieu di Parigi, il dì 15. gennajo 1791.

Desault tentò invano di portare nell'intestino retto l'estremità del dito unto di cerato. Non potè passarvi neppure una siringa da donna, che deviandola alternativamente a destra ed a sinistra, in ogni senso, affine di evitare i tubercoli, e i gruppi duri, e dolorosi, che riempivano quasi tutta la capacità di questo canale, e che impedivano d'introdurre la siringa in linea retta.

Questa malattia fu trattata per mezzo della compressione, che si fece con una tasta di fila lunga, annodata, e ripiegata nel suo mezzo, ricoperta di cerato, e portata nell'intestino retto, coll'ajuto d'uno specillo biforcato. Quantunque questa tasta da principio non avesse che la grossezza di una penna da scrivere, non si potè nulladimeno farla penetrare, che a due pollici di profondità. Si posero sopra i tubercoli esteriori de' grossi piumacciuoli, sostenuti da una fasciatura triangolare. L'ammalata fu posta all'uso d'una bevanda leggiermente diaforetica, e al riso per intero alimento.

Questa donna parve sollevata il giorno stesso. Eccitata senza dubbio dalla specie di sup-

posta che aveva nell' intestino retto, ebbe la sera una copiosa escrezione, che non le causò dolori così vivi, come ordinariamente ne soffriva. In seguito venne medicata di nuovo, come la prima volta; ma la tasta di fila penetrò più avanti. L' apparecchio rimase sino alla mattina seguente. Allora venne levato per dare un lavativo, e le materie in tal modo diluite uscirono senza causare molto dolore. S' introdusse con facilità una tasta più grossa, e più lunga di quella del giorno avanti.

L' ammalata fu medicata due volte per giorno sino al sesto, crescendo un poco ad ogni medicatura la grossezza, e la lunghezza, della tasta. Le forze allora cominciavano a ritornare: gli escrementi sortivano senza dolore coll'ajuto di un lavativo, che facevasi prendere la mattina. L'intestino avea acquistata sufficiente capacità per ammettere il dito. Desault riconobbe per tutto dove potè giungere de' tumoretti callosi sensibilissimi, e durissimi alla loro base, ma meno verso il loro apice libero, che senza dubbio era stato ammollito dalla compressione, che la tasta vi aveva esercitata. In seguito non si cangiò più l' apparato, che ogni 24. ore. Le taste gradatamente accresciute ebbero acquistato ben presto una grossezza considerabile. L' ammalata non ne era incomodata affatto; la di lei salute, e le forze ristabilivansi di giorno in giorno.

Il venticinquesimo giorno Desault esaminò di nuovo lo stato dell'intestino; e nel luogo de' tubercoli, e de' tumoretti duri, e dolorosi, che aveva incontrati da principio, non trovò più, che delle pieghe molliccie, abbassate, e che non erano più dolorose al tatto. I tubercoli situati al margine dell'ano, erano sì abbassati, che non se ne osservavano quasi più i vestigi. Si continuò nulla dimeno l'uso delle taste, delle quali si aumentò ancora il volume a segno che il trentacinquesimo giorno avevano un pollice di diametro.

Il quarantacinquesimo giorno gli fu insegnato ad introdursi queste taste, affinchè servendosene di tempo in tempo, fosse in istato di prevenire in seguito il ritorno della malattia. Ella si medicò da se stessa per 18 a 20 giorni, che fu tenuta tuttavia nello spedale, affine di meglio assicurare la di lei guarigione. Infine sortì per riprendere i travagli della campagna. il sessantasettesimo giorno della sua entrata allo spedale, e 26. mesi dopo il principio della malattia.

§. III. *De' casi ne' quali le fistole si accoppiano alle scirrosità. Conseguenze per questa cura.*

18. L'osservazione precedente offre il quadro della cura delle scirrosità ne' casi ordina-

ri, in quelli di semplice restringimento all'intestino; ma quando si unisce a questo restringimento un'apertura nella vagina, si sente quale difficoltà dee nascerne. Or, questo caso non sempre pare superiore alle risorse dell'arte impiegando il mezzo, che noi proponiamo. L'osservazione seguente proverà questa asserzione, sopra la quale certamente non abbiamo dati abbastanza per istabilire de' principi generali, ma che nulladimeno si può avanzare con sicurezza.

Osservazione II.

Luisa Graduer, di 46. anni, era stata curata all'età di 20. anni d'una malattia venerea. Delle periostosi sopravvenute qualche tempo dopo su differenti parti del cranio, eransi terminate in depositi. Si erano manifestati in seguito altri sintomi, e questa femina avea strascinata una vita languente per molti anni. La salute erasi finalmente ristabilita un poco, e la sua vita era stata assai tranquilla sino al principio del 1786.

A questa epoca essa risentì un calore ardente nell'intestino retto, e ben presto dopo de' dolori che divennero sì vivi, quando essa andava di corpo, che aveva de' movimenti convulsivi. La difficoltà di rendere gli escrementi si aumentò tutti i giorni, e ben tosto non più sortirono, che per una specie di trafila, e mescolati

di marcia. Allora le si consigliò una nuova cura antivenérea, che essa subì completamente nello spedale di Bicêtre, e dalla quale non ne trasse verun giovamento.

Qualche tempo dopo, facendo de' sforzi violenti, per ispingere fuori le materie, si avvide che esse uscivano per la vagina. Da questo momento le ventosità, e gli escrementi seguirono sempre questa nuova strada; e gli ultimi sopratutto quando erano liquidi scorrevano per questa parte quasi continuamente, e senza che l'ammalata se ne accorgesse. In questo stato essa venne all'Hôtel-Dieu il dì 10. settembre del 1790.

Desault avendo introdotto, con molta difficoltà, il dito indice nell'intestino retto, a due pollici al disopra del margine dell'ano, incontrò un tubercolo duro e calloso, che chiudeva l'intestino. Giunto poco a poco a dilatarlo, l'oltrepassò, e trovò al disopra della sua parte anteriore l'apertura, per la quale gli escrementi passarono nella vagina: questa aveva circa un pollice di diametro, e i suoi bordi erano duri, e callosi.

Si pose prima d'ogni altro nella vagina un grosso turacciuolo alquanto conico, che si ricuoprì di cerato, e la di cui base fu rivolta in alto, affinchè sdrucciolasse meno, e non fosse compresso il canale dell'uretra. S' introdusse in seguito nell'intestino retto una ta-

sta, il di cui capo fu portato al di là del tumore scirroso. Si prescrisse inoltre una tisana sudorifica, ad ogni pinta della quale si aggiungevano sei grani di alkali minerale, e si fece prendere la mattina, e la sera una pillola composta di un grano di colomelano e altrettanto solfo dorato di antimonio, in una conserva adattata.

Da' primi giorni di questa cura le materie cessarono di passare per la vagina, le taste divennero ben presto più facili ad introdursi nell'intestino; vennero gradatamente aumentate, e gli escrementi non provarono più difficoltà a sortire per l'ano.

Il venticinquesimo giorno non si trovò più il tumore scirroso, che la compressione aveva già distrutto. Il foro comunicante nella vagina era diminuito, e i suoi bordi si erano assottigliati.

Esistevano ancora delle callosità che si sentivano colla punta del dito, e che si estendevano molto al di là della sua portata, per quanto se ne poteva giudicare dalla difficoltà di farvi passare le taste. Queste callosità non erano ancora interamente distrutte, quando l'ammalata, non soffrendo più, e credendosi affatto guarita, uscì dallo spedale. Ella non tardò a pentirsene; perchè due mesi dopo i dolori ricomparvero. Questa donna si portò allora in un altro spedale, dove fu curata

per tre settimane con de'rimedj interni. Ritornò in seguiro all'Hôtel-Dieu con gli stessi accidenti che ve l'aveano condotta la prima volta.

Si ricominciò la cura, che ebbe tutto il successo che se ne aspettava. A capo di due mesi non rimanevano più callosità nell'intestino: l'apertura fistolosa della vagina aveva appena tre linee di diametro, e si poteva sperare che la cura continuata per qualche tempo la facesse sparire, ma questa volta similmente la donna non aspettò che la fistola fosse chiusa per sortire dallo spedale. Se le raccomandò l'uso delle taste, che essa sapeva introdursi da se medesima.

AVVERTIMENTI, ED OSSERVAZIONI

Sopra diverse specie d' idrocele

ARTICOLO PRIMO

Riflessioni su la cura radicale dell' idrocele congenita.

§. I.

L' idrocele congenita, ignorata dagli antichi, non è conosciuta che da qualche tempo da moderni. Noi ne dobbiamo la storia a Vignerie, chirurgo, di Tolosa, il quale in una Memoria presentata all' Accademia, ne à tracciato i segni, e descritto la cura. Io non rammenterò i primi: ma è necessario esporre la seconda per concepire ciò che Desault vi à aggiunto.

Si sa che ciò che caratterizza specialmente questa specie d' idrocele, è la comunicazione dell' acqua contenuta nella tunica vaginale, colla serosità del basso ventre, comunicazione, che risulta dal non essersi chiusa la guaina fornita al cordone dal peritoneo, e che permettendo al fluido diffuso di salire, e scendere alternativamente, mantiene la dilatazione dell' anello, l' impedisce di ristringersi

nel tempo stesso che per la presenza del fluido la riunione delle pareti della guaina trovasi impedita ugualmente. Se dunque s'intercetta questa comunicazione, dopo aver fatto prima rientrare l'acqua nel basso ventre, si potrà sperare il doppio vantaggio del restringimento dell'anello, e dell'adesione della guaina del cordone. Questo è lo scopo che ci propone Vignerie, il quale consiglia; 1. di esercitare sopra il tumore una compressione metodica, che faccia risalire il fluido, disceso nella tunica vaginale; 2. di ritenerlo nel basso ventre, ed impedirgli di scendere nuovamente col mezzo di un brachiere, il di cui cuscinetto passando esattamente sopra l'anello, vi sia abitualmente, e costantemente mantenuto, sino a che la natura abbia sodisfatto il doppio scopo che l'arte à in mira. Molte osservazioni dell'autore appoggiano questo metodo sopra de' successsi marcati, e Sabatier è stato egli stesso testimonio di questi successi. Desault à voluto ancora intraprendere con questo mezzo la cura radicale; ma non è stato così felice. Comunque sia stata esatta l'applicazione della fasciatura, il minimo sforzo bastava per far comparire di nuovo il tumore, per la caduta del fluido nello scroto, e dopo l'uso della compressione lungo tempo continuato, non si è rimarcata veruna apparenza di adesione. L'insufficienza

pi questi sforzi l'obbligò a mettere in uso un modo di operare più sicuro ne' suoi resultati, più pronto nella sua esecuzione, e del quale molte osservazioni assicurano l'efficacia.

§. II. *Metodo operativo di Desault.*

Questo modo di operare consiste; 1. a fare discendere il più che si può di fluido nella tunica vaginale, per distenderne le pareti, e facilitare con ciò la loro perforazione; 2. a praticare col tre quarti una punzione al tumore nel luogo ordinario, cioè a dire alla parte anteriore, ed inferiore dello scroto, e a dare in tal modo uscita a tutta la raccolta acquosa; 3. ad assicurarsi, se come spesso accade, non è discesa nella borsa una porzione d'intestino, ed a farne la riduzione, se ciò sia accaduto; 4. a fare esercitare da un ajuto una forte compressione sopra l'arcata crurale, col mezzo di un guancialetto, che intercetta ogni comunicazione tra la cavità addominale, e quella della tunica vaginale; 5. a spingere quindi a due riprese, in quest'ultima cavità, una injezione di vino rosso, che si lascia dimorare, e si evacua in seguito come nell'operazione ordinaria dell'idrocele per mezzo dell'injezione; 6. quando il vino è bene uscito, l'ajuto cessa la compressione; il chirurgo ritira la cannula, e lo

scroto è inviluppato di piumacciuoli inzuppati nel vino che à servito all' injezione; 7. la compressione esercitata dall' ajuto è rimpiazzata da quella di un brachiere, che applicasi sopra l'anello, colla doppia mira d'impedire gl' intestini di scendere nella borsa irritata dall' injezione, e di prevenire il passaggio nel basso ventre di quel poco di vino che potrebbe esservi rimasto.

L' irritazione determinata dalla presenza momentanea del fluido estraneo, sopra la faccia interna della guaina del cordone, e della tunica vaginale, vi attira ben presto una infiammazione, d'onde nasce l'adesione, e l'abolizione dell' una e l'altra cavità, e con ciò stesso, la cura radicale non solo dell' idrocele, ma anche qualche volta dell' ernia, che per lo più vi è complicata.

Questo metodo à sopra il precedente il vantaggio di essere più sicuro, più pronto, di non mai esporre a vedere rinascere il tumore, e di essere sempre eseguibile. Si potrebbe forse temere, che l'infiammazione necessaria in questo caso all' adesione non si propagasse sino sopra i visceri dell' addome, per la continuità del peritoneo colla guaina del cordone; ma la sperienza non à mai realizzato questo timore, al coperto del quale è sempre il pratico, avvertendo che la compres, sione esercitata su l' anello sia esattissima.

mentreche egli spinge l'injezione, perchè veruna porzione del fluido non penetri nel basso ventre, avendo l'attenzione di dargli una esatta uscita, di non lasciar niente nel sacco prima di ritirare la cannula, e di situare quindi una fasciatura come si è detto.

Osservazione I.

Alessandro Mourot, di 9. anni, portava dalla sua nascita allo scroto un tumore fluttuante, semitrasparente, senza dolore, del volume di un grosso uovo, che la compressione, e la situazione orizzontale facevano sparire, e del quale molte persone dell'arte non aveano potuto riconoscere la natura.

Chiamato presso l'ammalato Desault, che dei segni si evidenti non potevano lasciare incerto su l'esistenza d'un idrocele congenita, propose l'operazione quì sopra descritta. Fece prima d'ogni altro una punzione preliminare al tumore, e con essa diede uscita ad una quantità di fluido molto più considerabile di quel che sembrava poter contenere la borsa; essendo evacuata l'acqua, esaminò lo stato delle parti, e si avvide che era discesa una piccola porzione d'intestino; la fece rientrare, ed essedo allora libero d'ogni timore per questa parte, fece esercitare la compressione all'inguine affine d'impedire all'injezione di

salire, spinse a due riprese del vino tepido, lo fece sortire di nuovo, come ne' casi d'idrocele ordinario; e quindi sostituì alla compressione esercitata dall'ajuto quella d'una fasciatura per le ragioni quì sopra esposte.

I dolori assai vivi nell'atto dell'operazione calmaronsi poco a poco. Un leggiero gonfiamento sopravenuto il giorno appresso allo scroto, si accrebbe il terzo giorno, quindi si diminuì, ed al quinto disparve. Allora si fece tossire l'ammmalato, per vedere se l'idrocele comparisse di nuovo, come il solito; si formò un piccolo tumore all'anulo, ma senza fluttuazione, e non oltrepassando il pube, era questo l'intestino, che si presentava in ernia inguinale semplice. L'ammalato rimasto lungo tempo senza fasciatura, non à riveduto veruna traccia del suo tumore allo scroto; la tunica vaginale essendo rimasta adesa senza dubbio per l'injezione, ed egli non à conservato di due affezioni, che la meno incomoda.

Articolo Secondo

Riflessioni su la cura radicale dell'idrocele, complicato coll'ingorgamento al testicolo.

§. I.

Uno de' precetti più raccomandati nell'operazione dell'idrocele col metodo dell'injezio-

ne, è di esaminare accuratamente lo stato del testicolo, dopo che si è data uscita per mezzo della punzione al fluido diffuso, affine di limitarsi a questa cura palliativa, se si riconosce qualche ingorgamento in quest' organo. Il timore di accrescere questo ingorgamento, per l'irritazione che produce il liquore injettato, à dato luogo a questo precetto adottato quasi universalmente nella pratica.

Ma pare che siasene generalizzata troppo l'applicazione, e che molti casi presentino una indicazione opposta. Molte osservazioni l'ànno provato a Desault, il quale impiegando l'injezione, è giunto nel tempo stesso ed a guarire radicalmente l'idrocele, ed a procurare la risoluzione dell'ingorgamento del testicolo, come si vedrà nell'osservazioni seguenti raccolte da Labrand.

Osservazione II.

Francesco Moisseron, entrò il dì 21. Settembre 1793., al grande Ospizio d'Umanità, per esservi curato d'un idrocele della tunica vaginale complicato coll'ingorgamento al testicolo. Non pareva avere dato luogo a questa doppia affezione veruna causa, ed i progressi lenti, e poco sensibili di essa, non offrirono niente di particolare; ma attesa la quantità di fluido diffuso, presentava l'urgente indicazione di dargli uscita.

Desault prima di fare la punzione; preparò l'ammalato come nell'operazione per injezione, sperando effettivamente praticarla, se il testicolo ingorgato sembrasse susscettibile di risoluzione. Un esatto regime, il brodo di vitello preso in abbondanza, alcuni granelli di tartaro stibiato, dati per mantenere libero il ventre, tali furono i mezzi impiegati per cinque a sei giorni, a capo de' quali l'ammalato fu condotto all' anfiteatro, per esservi operato.

Dopo la punzione preliminare, e l'evacuazione di tutto il fluido contenuto nella tunica vaginale, fu esaminato lo stato del testicolo. Il suo volume era molto accresciuto: ma era molle, cedeva sotto le dita, che lo comprimevano, e non sembrava presentare verun carattere dello scirro. Questa circostanza decise Desault a continuare l'operazione, spingendo due volte nella tunica vaginale un' injezione di vino tiepido, che vi rimase ogni volta tre minuti. Si coprì quindi lo scroto di piumacciuoli inzuppati nel vino, e l'ammalato, il quale durante l'operazione avea sofferto dolori acuti, venne riportato nel suo letto.

La gonfiezza del testicolo si accrebbe il giorno seguente. Vi sopravenne dolore, ed infiammazione. Furono sostituiti ai piumacciuoli de' cataplasmi emollienti. Si prescriss

una rigorosa dieta. I progressi del gonfiore, e dell'infiammazione furono sensibli i quattro giorni seguenti, ma cominciarono a diminuire il giorno quinto. Allora si permisero all' ammalato de' leggieri alimenti. Gli accidenti diminuirono poco a poco dal sesto al duodecimo giorno, epoca in cui il testicolo era già meno grosso di quello che fosse prima dell' operazione. Il ventesimo terzo giorno si trovò quasi al suo volume naturale. Infine l'ammalato uscì dall' Hôtel-Dieu perfettamente guarito, e del suo idrocele, e dell' ingorgamento al testicolo, il dì 10. Dicembre, un mese e mezzo dopo l'operazione.

Osservazione III.

Giambattista Maudien bottigliere, nativo di Saint, dipartimento del Calvados, nel mese di Febbrajo 1795 fu attaccato da un dolore al testicolo destro. Pochi giorni dopo vi sopravvenne un ingorgamento: i suoi rapidi progressi forzarono ben presto l'ammalato a venire all' Hôtel-Dieu, dove il riposo, e l'applicazione degli emollienti fecero sparire questo accidente. Essendo ritornato in sua casa, provò nel mese di agosto un nuovo ingorgamento, accompagnato questa volta da una manifesta fluttuazione; e il di cui progresso lento lo lasciò attendere per un mese ai suoi

lavori. A capo di questo tempo ritornò all' Hôtel-Dieu, e Desault esaminandolo, riconobbe subito un idrocele considerabile.

L' indicazione, come nell' osservazione precedente, era di fare la punzione, di esaminare il testicolo, e di praticare in seguito l' injezione, se l' ingorgamento era capace di risoluzione. A ciò determinossi Desault. L' operazione praticata come nel caso precedente, offrì gli stessi fenomeni, ed ebbe i medesimi resultati. Il testicolo gonfiato dapprima più che avanti l' operazione, diminuì poco a poco di volume, ed il trentacinquesimo giorno fu ridotto alla sua grossezza naturale.

§. II.

Potremmo aggiungere a queste osservazioni molti altri casi ne' quali è stato impiegato lo stesso modo di operare con un vantaggio uguale. Desault citava tra gli altri, nelle lezioni, l' esempio d' un orefice, nel quale un doppio idrocele era complicato con un doppio ingorgamento, e che in tal modo fu in pochi giorni guarito.

Segue da ciò, che il precetto sì generalmente dato di astenersi dall' operazione, nel caso di cui trattiamo, dee essere modificato in molte circostanze La ragione ce lo direbbe, quando la sperienza di Desault non ce ne

assicurasse. In fatti, il testicolo è soggetto a diverse specie d'ingorgamento, che essendo distinte essenzialmente nella loro natura, esigono ancora de' trattamenti differentissimi. Senza dubbio, quando lo stato scirroso è al suo ultimo periodo, sarebbe imprudente aggiungere all'irritazione già esistente quella del contatto di un fluido estraneo. Il passaggio allo stato canceroso ne sarebbe il vero resultato. Ma quando lo scirro del testicolo comincia, ed è al suo primo grado, tutti i pratici danno il precetto di tentare di ottenerne la risoluzione per mezzo de' risolventi posti su lo scroto. Or l'effetto di questi risolventi sarà molto più efficace, se in luogo di non applicarli sopra il testicolo, che a traverso degl'integumenti, si applicano immediatamente sopra la sua superficie; il che si fa in questo caso, spingendo il vino nella tunica vaginale. Quelche si osserva in seguito dell'injezione, prova evidentemente, che il fluido injettato agisce come risolutivo. In fatti, come negl' ingorgamenti che questi rimedi fanno sparire, si vede in questo caso l'organo ingorgato crescere subito di volume per alcuni giorni; ma questa nuova enfiagione, venendo ben tosto a risolversi, sembra strascinare seco la risoluzione dell'ingorgamento primitivo.

Si può dunque stabilire per principio, che gli ingorgamenti del testicolo, che comincia-

no, e ne' quali quest' organo non à preso ancora quel grado di gravezza essenzialmente caratteristica dello scirro ben dichiarato, ben lungi d' essere un ostacolo all' operazione dell' idrocele per l' injezione, ne presentono al contrario l' indicazione manifesta, per guarire nel tempo stesso e la malattia della tunica vaginale, e quella del testicolo.

L' ingorgamento scirroso del testicolo, non è il solo che possa complicarsi coll' idrocele: vi a un' altra specie d' ingorgamento differente da questo, che dipende essenzialmente dal rilassamento di quest' organo, e nel quale la sua sostanza, crescendo di volume, diviene molle, flaccida, e si distende, per dir così, per inzuppamento, stato che il tatto indica facilmente dopo avere evacuato l' acqua contenuta nella borsa della tunica vaginale. Or, anche in questo caso, l' indicazione, che si presenta, è di rianimare per mezzo degli attonanti la reazione della parte indebolita. Ma come potranno i tonici più efficacemente agire, che applicandoli immediatamente, come si fa con l' injezione? I nostri rimedi avrebbero un effetto più sicuro, se avessimo sempre come in questo caso, la facoltà di applicarli senza l' intermezzo di altri corpi sopra quello nel quale vogliamo produrre de' cangiamenti.

AVVERTIMENTI ED OSSERVAZIONI

Sopra l' operazione del sarcocele.

DEsault non à niente aggiunto di molto importante all' operazione del sarcocele. Nulladimeno in questa come in tutte l'altre operazioni la di lui pratica porta l'impronta di quel genio Chirurgico che sa appropriasi sino al minimo dettaglio, modificandolo; che getta sopra tutto ciò che tocca il lustro, che gli è proprio, e che sembra creare, nel ripetere ciò che altri à fatto. Presentando dunque, per così dire, la di lui pratica messa in azione, bisogna darne quì un'idea. E questo lo scopo che io mi propongo nelle due seguenti osservazioni, estratte dal giornale di Chirurgia, e l' una delle quali offrirà i dettagli operativi nel caso più semplice dello scirro del testicolo; mentre che l' altra ce li presenterà nella complicazione più essenziale, e che noi abbiamo più spesso occasione d' incontrare nell' ingorgamento del cordone.

OSSERVAZIONE IV. (*Raccolta da Plaignand*)

Giovanni Gautier, dopo aver goduto d'una buona salute sino all' ètà di 41. anno, fu

attaccato subitaneamente il dì 18. Settembre 1788., da un ingorgamento dolorosissimo al testicolo destro, senza che potesse sospettare la causa di questo accidente. Il dolore si calmò a capo di alcuni giorni, dietro l' uso de' rimedi generali, ma il volume della parte affetta rimase lo stesso, ed il testicolo s' indurì ben presto, e divenne scirroso.

Le cose rimasero in tale stato per sei a sette mesi, senza che Gautier fosse incomodato altrimenti, che dal peso del tumore. De' dolori lancinanti, e l' accrescimento rapido del volume del testicolo, determinarono alla fine quest' uomo e presentarsi all' Hôtel-Diou, dove fu ricevuto il dì 10. Ottobre. 1789., un' anno dopo il cominciamento della sua malattia.

Il tumore aveva allora il volume, e la forma d' un uovo di Oca: era durissimo, poco sensibile al tatto; la pelle ehe lo ricopriva, non partecipava affatto dell' affezione del testicolo, nemmeno il cordone de' vasi spermatici. Il soggetto per altro pareva ben costituito: in fine tutto sembrava promettere un' esito felice all' operazione, che gli accelerati progressi del tumore, ed il ravvicinamento de' dolori lancinanti rendevano indispensabile. Colla mira di assicurare anche di più il successo, s' impiegarono le prime settimane a preparar l' ammalato, con i rimedi generali, e sopratutto ad assicurarlo contro il timore de' pericoli dell' ampu-

tazione del testicolo, timori che esso si esagerava. Desault infine l'operò a capo di un mese, quando lo vide disposto convenientemente, e nella situazione di spirito che gli desiderava.

1. Essendo l'ammalato coricato supino, colle cosce, e le gambe distese, il Chirurgo formò sulla pelle, un poco al disotto dell'anello, e perpendicolarmente alla direzione del cordone, una piega, una estremità della quale fece tenere da un ajuto, mentrechè teneva egli stesso l'altra.

2. Portando il bistourì sul mezzo di questa piega, l'incise tagliando sino alla sua base. Indi sollevando la pelle dello scroto, afferrando colle dita la parte inferiore di uno de' bordi della piaga, mentre che l'ajuto faceva altrettanto dall'altro lato, prolungò questa incisione sino alla parte posteriore dello scroto e del tumore, del quale inseguito liberò le parti laterali.

3. Prima di compierne la dissezione, isolò il cordone, che trovò sano nella sua totalità, e lo tagliò il più basso possibile, passando leggiermente dietro di esso il taglio del bistourì, mentre che lo sollevava colla mano sinistra, tenendo la sua parte superiore tra il dito pollice, e l'indice.

4 Dopo questa sezione, e senza abbandonare il cordone, prese l'una dopo l'altra colle

pinsette anatomiche, le estremità delle arterie spermatiche, delle quali un' ajuto fece la legatura immediata con un doppio filo incerato.

5. Abbandonò in seguito il cordone, e terminò di separare il tumore, dissecandolo da alto a basso, tenendo il taglio del bistourì rivolto verso il testicolo: il che fecesi allora senza recar dolore, poichè non rimanevano da dividere, che i rami de' nervi, de' quali erasi già tagliato il tronco nella sezione del cordone.

6. Affine di non essere incomodato dal sangue, nel tempo dell' operazione, si avea avuto cura di legare le piccole arterie, a misura che dividevansi, in maniera che quando si fu alla fine, la piaga si trovò quasi asciutta. Si era similmente conservata tutta la pelle dello scroto, perchè la medesima, come si è osservato di sopra, era perfettamente sana, ed il volume del testicolo non era assai grande, per avergli fatto soffrire una distensione considerabile. Non si doveva dunque guarire, che una piaga semplice, della quale si credè poter tentare la riunione senza inconveniente.

7. In conseguenza si ravvicinarono i bordi di questa piaga, che furono mantenuti a contatto con una faldella di fila situata da ciascheduna parte, e con dell' altre fila poste sulla piaga medesima. Alcuni piumacciuoli alquanto lunghi, sostenuti da una fasciatura a doppia *T*, composero il resto dell' apparato.

L'ammalato non soffrì punto ne' due primi giorni. Si manteneva in una severa dieta, ed all' uso di una bevanda diluente raddolcita coll' ossimele. La febbre comparve il terzo giorno, crebbe un poco i due giorni seguenti, senza cessare di essere mediocre. La piaga non pareva allora disposta a riunirsi; la suppurazione però non esisteva ancora: essa non fu bene stabilita, che il settimo giorno.

I dieci giorni seguenti non offrirono niente di particolare: lo stato della piaga sembrava pure annunciare una pronta cicatrizzazione. Ma verso il ventesimo giorno, la suppurazione de' bordi, che sino allora era stata moderata divenne estremamente abbondante; i lembi della ferita dello scroto si assottigliarono, e ripiegarono al di dentro, avvolgendosi sopra se stessi, malgrado la cura colla quale facevasi la medicatura. Dopo questo momento le forze dell'ammalato diminuirono tutti i giorni; le inquietudini s'impadronirono del suo spirito: poco tempo dopo una diarrea colliquativa, che resistè a tutti i rimedi, venne a terminare di spossarlo, e quest' uomo soccombè il quarantacinquesimo giorno dopo l'operazione.

Le più esatte ricerche, non fecero scoprire niente di straordinario nel cadavere. Il cordone in particolare si trovò sano in tutta la sua estensione.

Osservazione V. (*raccolta da Caginon*).

Giuseppe Lenoir, di 37. anni, e di una debole costituzione, venne all'Hôtel-Dieu il dì 25. Aprile 1792., con un sarcocele molto più considerabile de' precedenti. Il testicolo destro era grosso due pugni. Il cordone ingorgato sino alle vicinanze dell'anello, avea due volte più di volume, che nello stato naturale. Questa massa durissima, e poco dolorosa al tatto occupava tutto lo scroto, e respingeva il testicolo sinistro verso l'inguine; la pelle delle borse era sana, e senza adesioni. L'ammalato provava quasi continuamente un dolore vivo, che corrispondeva alla parte inferiore del cordone, e si prolungava nel basso ventre, sino alla regione del rene, quando il tumore non era rilevato, e sostenuto con sufficiente esattezza. Sentiva ancora interpolatamente de' dolori lancinanti nel testicolo.

Questa malattia era già antica. Lenoir due anni prima si era contuso il testicolo, in uno sforzo violento, e quantunque il dolore si fosse dissipato da se medesimo a capo di alcuni giorni, era tuttavia rimasto un gonfiore, al quale quest'uomo non avea fatto che una leggiera attenzione. I progressi del tumore erano stati da principio troppo lenti, per inquietarlo molto; ma i dolori sopravvenuti negli ultimi tempi, ed il rapido accrescimento della

malattia, l'avevano alla fine forzato a ricercare i soccorsi dell'arte, che esso aveva sino allora rigettati.

A quest'epoca non rimaneva più altra risorsa che l'oparazione, la quale diveniva ancora tanto più urgente, perchè nello stato in cui le cose trovavansi, doveasi temere che la malattia non si propagasse ben presto nell'interiore del basso-ventre. Quindi non si aspettò che il tempo necessario per determinare l'ammalato, e prepararlo per mezzo del riposo, di un regime refrigerante, delle bevande diluenti, ed alcuni purganti leggieri.

Questa operazione incontrava delle difficoltà, soprattutto a causa dell'estensione dell'ingorgamento del cordone. Questo ingorgamento, come si è detto, prolungavasi sino all'anello, e si doveva giudicare che la parte sana del cordone corrispondente a questa apertura, fosse stata situata profondamente nell'interno del basso ventre, prima che fosse strascinata a basso per il peso straordinario del testicolo, e che si ritirerebbe molto al disopra dell'anello, dacchè questo medesimo peso cessasse di agire sopra di essa.

Dopo aver preveduto tutto ciò che potrebbe accadere Desault cominciò l'operazione, come nel caso dell'osservazione precedente, incidendo la pelle, ed il tessuto cellulare, sopra il cordone, dall'anello sino alle borse, e divi-

dendo lo screto con due sezioni semilunari, che lasciavano tra di esse tutta la pelle superflua, che bisognava recidere. Allora separò dallo scroto le parti laterali del testicolo, di cui dissecò la parte posteriore, procedendo da basso in alto, e dirigendo sempre il taglio del bistourì contro il tumore. Dopo avere similmente isolato il cordone, continuando l'incisione sino all'anello, il chirurgo lo tirò a basso con precauzione, e senza sforzo, sino a che potè prenderne la porzione sana tra il dito pollice, e l'indice della mano sinistra. Allora terminò di separare il tumore, tagliando il cordone al disopra dell'ingorgamento, e vicino alle sue dita. In seguito prese leggermente egli stesso i vasi spermatici; e li fece legare da un ajuto, prima di lasciare l'estremità del cordone, che esso riteneva al difuori. Ben presto si vide quanto queste precauzioni fossero state necessarie; perchè subito che il cordone fu abbandonato a se stesso, si ritirò nel basso ventre. L'operazione si trovava in tal modo terminata felicemente, e senza che l'ammalato avesse perduto del sangue, perchè eransi legate tutte le arterie, a misura che comparivano, come praticava Desault in tutte le oprazioni.

Il tumore che si era poco innanzi portato via, non presentò all'esame, che una massa uniforme, simile a del lardo rancido, e nella

quale non si riconosceva veruna traccia di organizzazione. La sua consistenza in alcuni luoghi era quella delle cartilagini degli animali giovani. Verso il luogo che corrispondeva alla inserzione del cordone, si trovarono molri punti rossi, nel centro de' quali esistevano alcune gocciole di un fluido marcioso. Il cordone non avea tanta consistenza, quanta ne avea il tumore principale; ma esso era già decomposto alla sua parte inferiore, e senza dubbio non sarebbe tardato a divenire come il testicolo.

L'ammalato si addormentò poche ore dopo l'operazione, e passò quasi tutta la giornata, e la più gran parte della notte seguente in un tranqüillissimo sonno.

La ferita seguì il corso ordinario sino all' undecimo giorno. A quest'epoca sopravvenne un incomodo generale, mali di capo, brividi, e febbre. L'ammalato andava difficilmente al cesso: avea la bocca amara, e la lingua intonacata da una patina gialla, e spessa. I bordi della ferita erano di un rosso oscuro; e fornivano una suppurazione poco abbondante, fluida, scolorata, e di cattivo odore. La febbre cessò il giorno appresso, dietro alcune evacuazioni determinate da una libbra di brodo di vitella emetizzato. Gli altri accidenti diminuirono nel tempo stesso. La cicatrizzazione fu compiuta il trentaducesimo giorno.

Fine del Vol. VI.